Mentalt overlevelseskit og udtrapning af psykofarmaka

Peter C. Gøtzsche

Institute for Scientific Freedom

Peter C. Gøtzsche

Mentalt overlevelseskit og udtrapning af psykofarmaka

Institute for Scientific Freedom

Mentalt overlevelseskit og udtrapning af psykofarmaka
© Peter C. Gøtzsche 2020

Oversat efter “Mental health survival kit and withdrawal from psychiatric drug” af forfatteren

Forside: forfatteren

ISBN: 978-87-972291-1-8
1. udgave
Trykt i Danmark 2020

Kopiering fra denne bog er kun tilladt i overensstemmelse med overenskomst mellem Undervisningsministeriet og Copydan. Enhver anden udnyttelse uden forlagets skriftlige samtykke er forbudt ifølge gældende lov om ophavsret. Undtaget herfra er korte uddrag til brug i anmeldelser.

Institute for Scientific Freedom
Copenhagen
www.scientificfreedom.dk

Indhold

Taksigelser 5
Forkortelser 5
1 Denne bog kan måske redde dit liv 6
En patients psykiatriske "karriere" 11
2 Er psykiatrien evidensbaseret? 17
Er psykiatriske diagnoser specifikke og pålidelige? 21
Psykiatriens starterkit: depressionspiller 24
Bliver patienterne syge, fordi de har en kemisk ubalance i hjernen? 26
Er virkningerne af psykoaktive stoffer specifikke og værdifulde? 32
Upålidelige forsøg har ført psykiaterne på afveje 37
Selvmord, andre dødsfald og andre alvorlige skader 45
Neuroleptika 46
Depressionspiller 59
Pillerne, der ødelægger dit sexliv, kaldes lykkepiller 67
Lithium 69
Antiepileptika 71
Piller for den sociale konstruktion, der kaldes ADHD 72
De sidste søm i den biologiske psykiatris ligkiste 77
Usande oplysninger om udtrapning fra britiske psykiatere 87
Brugen af depressionspiller til børn faldt 41% 95
Antal, der skal behandles for at gavne én, er yderst vildledende 97
Elektrochok 98
3 Psykoterapi 100
4 Udtrapning af psykofarmaka 104
SIND ønsker ikke at hjælpe patienterne med at trappe ud 110

Psykiaterlavet ønsker ikke at hjælpe patienterne med at trappe ud 114
Cochrane ønsker ikke at hjælpe patienterne med at trappe ud 117
Vejledning om udtrapning af medicin 126
Støttepersoner 129
Den videnskabsetiske komité kvalte vores udtrapningsprojekt 132
Tips om udtrapning 135
Liste over udtrapningssymptomer, du kan opleve 143
Deling af tabletter og kapsler 146
Tvang er en frygtelig krænkelse af menneskerettighederne 149
5 Overlevelseskit for unge psykiatere i et sygt system 153
En debat på årsmødet for svenske psykiatere under uddannelse 158
Nationale sundhedsstyrelser reagerer ikke på selvmord hos børn 161
Censur i medicinske tidsskrifter og i medierne 163
Intet håb for psykiatrien: forslag til et nyt system 176
Patienthistorier 179
Videoer af foredrag og interviews 188
Om forfatteren 189
Referencer 191
Indeks 212

Taksigelser

Jeg takker for de tusinder af e-mails, jeg har fået fra patienter og pårørende, der beskriver de skader og overgreb, de har oplevet inden for psykiatrien, og for de mange timer, jeg har tilbragt med inspirerende psykiatere, psykologer, farmaceuter og andre fagfolk, herunder Peter Breggin, Jane Bækgaard, James Davies, Magnus Hald, David Healy, Göran Högberg, Niall McLaren, Joanna Moncrieff, Luke Montagu, Klaus Munkholm, Peer Nielsen, Åsa Nilsonne, John Read, Bertel Rüdinger, Olga Runciman, Kristian Sloth, Anders Sørensen, Sami Timimi, Birgit Toft og Robert Whitaker.

Forkortelser

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, den Amerikanske Psykiaterforenings diagnosemanual
EMA: European Medicines Agency, det Europæiske Lægemiddelagentur
FDA: US Food and Drug Administration, den Amerikanske Lægemiddelstyrelse
SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitor, en depressionspille
WHO: World's Health Organization, Verdenssundhedsorganisationen

1 Denne bog kan måske redde dit liv

Jeg har skrevet denne bog for at hjælpe patienterne, og da jeg besluttede at skrive den, var en af mine titler: "At lytte til patienternes stemmer". De fleste mennesker, jeg har talt med om psykiske problemer, det være sig min familie, venner, kolleger, sportspartnere, filmskabere, gartnere, rengøringsassistenter, tjenere og hotelreceptionister, har haft dårlige oplevelser med psykiatrien eller kender nogen, der har.

Jeg er speciallæge i intern medicin, som er ganske anderledes, og det gik kun langsomt op for mig, hvor skadelig psykiatrien er. Det kræver mange års intense studier at finde ud af, at psykiatrien gør langt mere skade end gavn,[1] og min egen forskning har bidraget til at påvise det.

Mine resultater harmonerer med, hvad offentligheden har konkluderet baseret på deres egne erfaringer. En undersøgelse blandt 2.031 australiere viste, at folk mente, at depressionspiller (også kaldet antidepressiva), neuroleptika (også kaldet antipsykotika), elektrochok og indlæggelse på en psykiatrisk afdeling oftere var skadelig end gavnlig.[2] De socialpsykiatere, der havde lavet undersøgelsen, var utilfredse med svarene og mente, at folk skulle undervises, så de fik den "rigtige mening".

I begyndelsen af 1992 lancerede Royal College of Psychiatrists i samarbejde med Royal College of General Practitioners en femårig kampagne, ”Bekæmp depression”, i Storbritannien.[3] Formålet var at undervise befolkningen om depression og dens behandling for at fremme tidligere behandling og mindske stigmatiseringen. Kampagneaktiviteterne omfattede artikler i aviser og tidsskrifter, TV- og radiointerviews, pressekonferencer, fremstilling af foldere og faktablade, også på minoritetssprog, lydkassetter, en selvhjælpsvideo og to bøger.[4] Da 2.003 lægfolk blev adspurgt, lige før lanceringen af kampagnen, mente 91%, at folk med depression skulle tilbydes samtaler; kun 16% mente, at de skulle tilbydes depressionspiller; kun 46% sagde, at de var effektive; og 78% betragtede dem som vanedannende.[3] Psykiaternes syn på disse svar var, at ”Læger har en vigtig rolle i at uddanne offentligheden om depression og rationalet for antidepressiv behandling. Især skal patienterne have at vide, at afhængighed ikke er et problem med antidepressiva”.

Da præsidenten for Royal College of Psychiatrists, Robert Kendall, blev foreholdt, at psykiaterforeningen havde accepteret bidrag fra alle de

store producenter af SSRI-depressionspiller til kampagnen, erkendte han, at ”Et af deres vigtigste motiver var håbet om, at en øget anerkendelse af depressive sygdomme, både i offentligheden og blandt de praktiserende læger, ville øget salget for dem”.[5] Han sagde ikke, hvad firmaernes andre vigtige motiver var. Jeg tvivler på, at der var nogen. Penge er det eneste motiv, medicinalfirmaerne har.

Psykiaterne gik i gang med deres genopdragelseskampagne. Men det var ikke så let at overbevise folk om, at de tog fejl. En artikel fra 1998 beskrev, at ændringerne kun var i størrelsesordenen 5-10%, og at depressionspiller stadig blev betragtet som vanedannende og mindre effektive end samtaler.[4] Interessant nok var 81% af lægfolk enige om, at "depression er en medicinsk tilstand ligesom andre sygdomme” og 43% tilskrev depressionen biologiske ændringer i hjernen, men de fleste mente alligevel, at depression skyldes sociale årsager, f.eks. sorgreaktioner (83%), arbejdsløshed (83%), økonomiske problemer (82%), stress (83%), ensomhed eller isolation (79%) og skilsmisse eller afslutning af et forhold (83%).[4] Der var noget, der ikke stemte.

Min fortolkning er, at trods hårdnakkede påstande gennem mange år, også længe før 1992,[1] om, at psykiatriske lidelser er forårsaget af kemiske ubalancer i hjernen, er offentligheden ikke særligt villige til at acceptere denne usandhed.

I 2005 beskrev danske psykiatere, hvad 493 patienter havde fortalt dem om deres behandling med depressionspiller.[6] Cirka halvdelen af patienterne var enige om, at behandlingen kunne ændre deres personlighed, og at de havde mindre kontrol over deres tanker og følelser. Fire femtedele var enige om, at så længe de tog medicinen, vidste de ikke rigtig, om den var nødvendig, og 56% var enige i udsagnet, at "din krop kan blive afhængig af antidepressiva". Psykiaterne nægtede pure at tro på, hvad patienterne havde fortalt dem, hvilket de mente var forkert, og de kaldte dem uvidende. De mente også, at patienterne havde brug for ”psykoedukation”. Problemet med det var, at de pårørende delte patienternes opfattelse.

”Uddannelse af offentligheden” og ”psykoedukation”, så de kan nå frem til den ”rigtige mening”, er det, vi normalt kalder for hjernevask. Især når de ting, patienterne og offentligheden fortalte om, er andet og mere end bare meninger; de drog konklusioner baseret på deres egne og andres oplevelser.

Det er ikke kun inden for forskningen, at psykiaterne afviser, hvad deres patienter fortæller dem, det gør de også i klinisk praksis. Ofte lytter de ikke eller stiller ikke de relevante spørgsmål om patienternes erfaringer og baggrundshistorier og finder derfor ikke ud af, at de aktuelle symptomer højst sandsynligt er forårsaget af traumer eller alvorlig stress, og ikke af nogen ”psykiatrisk sygdom".

Når jeg generaliserer, gælder det selvfølgelig ikke for alle. Nogle psykiatere er fremragende, men de er et fåtal. Det er ikke så underligt, at den britiske undersøgelse fandt, at ”ordet psykiater gav associationer til stigmatisering og endda frygt”.[3] Det er forståeligt i betragtning af, at psykofarmaka dræber hundrede tusinder af mennesker hvert år og forkrøbler millioner, fysisk og psykisk.[1]

Udtrykket ”psykiatrisk overlever” siger det hele med blot to ord. I intet andet medicinsk speciale kalder patienterne sig for overlevere i den forstand, at de overlevede *på trods af* at de blev udsat for dette speciale. De kæmpede sig ud af et system, der sjældent er gavnligt, og som mange overlevere har beskrevet som et psykiatrisk fængsel eller en institution, hvor der er en dør ind, men ikke en dør ud.

I andre medicinske specialer er patienterne taknemmelige for, at de overlevede *på grund af* de behandlinger, deres læger benyttede. Vi har aldrig hørt om en hjerteoverlever eller en overlever af en smitsom sygdom. Hvis du har overlevet et hjerteanfald, fristes du ikke til at gøre det modsatte af det, din læge anbefaler. Men i psykiatrien risikerer du at dø, hvis du gør, som din læge siger.

Mange psykiatriske overlevere har beskrevet, hvordan psykiatrien, med sit overdrevne forbrug af skadelige og ineffektive stoffer, havde stjålet 10 eller 15 år af deres liv, før de en dag besluttede at tage ansvaret for deres liv tilbage fra deres psykiatere og opdagede, at livet er meget bedre uden medicin. De siger ofte, at det, der vækkede dem, var, at de læste nogle bøger om psykiatri af psykiaterne David Healy, Peter Breggin eller Joanna Moncrieff, videnskabsjournalist Robert Whitaker, eller mig selv.

Der er tusindvis af personlige historier fra psykiatriske overlevere på Internettet, f.eks. på survivingantidepressants.org. I mange af dem forklarer folk, hvordan de selv trappede ud af psykofarmaka, et ad gangen, ofte imod deres læges råd og ofte under store vanskeligheder, fordi lægemidlerne havde gjort dem afhængige, og fordi den psykiatriske profession totalt har

forsømt at give ordentlig vejledning om, hvordan man skal gøre det. Psykiaterne har ikke kun været uinteresserede i at tage sig af dette enorme problem, men har aktivt fornægtet dets eksistens, som du lige har set og vil se meget mere til i denne bog.

Problemer med den mentale sundhed forhindrer dig i at leve livet fuldt ud, og de foregår i dit sind. Alle patienter bør tilbydes psykoterapi, hvilket også er, hvad 75% af dem ønsker.[7] Det er imidlertid ikke det, de får, hvilket igen viser, at den psykiatriske profession ikke lytter til patienterne. En stor amerikansk undersøgelse af folk med depression viste, at 87% fik depressionspiller, 23% psykoterapi, 14% angstdæmpende midler, 7% neuroleptika og 5% "stemningsstabilisatorer" (en eufemisme, som psykiaterne aldrig har defineret, men det betyder normalt antiepileptika og lithium, hvis vigtigste virkning er at gøre folk sløve).[8]

De fleste mennesker har problemer med deres mentale helbred nu og da, ligesom de har problemer med deres fysiske helbred. Det er der ikke noget unormalt ved.

Igennem hele bogen vil jeg give dig råd, baseret på den videnskabelige evidens, som jeg har gode grunde til at tro, vil føre til bedre resultater, end hvis du ignorerer dem. Men vær opmærksom på, at uanset hvad du gør og uanset resultatet, kan du ikke gøre mig ansvarlig. De oplysninger, jeg giver, er ikke en erstatning for konsultationer med sundhedsprofessionelle, men kan måske udruste dig til at deltage i meningsfulde og velinformerede diskussioner eller til at beslutte at varetage problemerne selv.

Jeg vil begynde med nogle få råd og vil forklare baggrunden for dem i resten af bogen:

1 ADVARSEL! Psykofarmaka er vanedannende. Hold aldrig pludselig op med at tage dem, fordi abstinensreaktioner kan bestå af alvorlige følelsesmæssige og fysiske symptomer, der kan være farlige og føre til selvmord, vold og mord.[1]

2 Hvis du har et problem med din psykiske sundhed, skal du ikke opsøge en psykiater. Det er for farligt og kan vise sig at være den største fejl, du kommer til at begå i hele dit liv.[9]

3 Tro ikke på, hvad du får at vide om psykiatriske lidelser eller psykofarmaka. Det er højst sandsynligt forkert.[1]

4 Tro på dig selv. Du har formentlig ret, og din læge har ikke ret. Se ikke bort fra dine fornemmelser eller følelser. Du kan let blive ført på afveje, hvis du ikke stoler på dig selv.[10]

5 Lad aldrig andre have ansvar for dit liv. Bevar kontrollen og stil spørgsmål.

6 Din ægtefælle eller forælder kan være din bedste ven eller din værste fjende. De tror måske på, hvad lægerne fortæller dem, og ser måske endda en fordel i, at du er medicineret.

Mange af de historier, jeg har fået fra patienterne, har et fælles tema. Patienterne havde ingen anelse om, hvor farligt det er at blive en psykiatrisk patient, og de stolede på deres læger og fulgte deres råd, indtil de mange år senere fandt ud af, at deres liv var blevet ødelagt.

Det, der er specielt diabolsk, er, at den psykiske og fysiske forringelse ofte kommer gradvist og derfor passerer ubemærket hen, ligesom hvis man bliver nærsynet og først opdager det, når en bekendt undrer sig over, at man ikke kan læse et vejskilt tæt på. Patienterne kan endda være taknemmelige for de medikamenter, de fik, selvom det kan være indlysende for andre, at de er blevet skadet.

Gradvis og ubemærket forringelse er ikke det eneste problem. En hjerne under kemisk indflydelse er måske ikke i stand til at vurdere sig selv. Når hjernen er bedøvet af psykoaktive stoffer, kan patienterne være uvidende om, at de ikke længere kan tænke klart eller vurdere sig selv. Denne mangel på indsigt i følelser, tanker og adfærd kaldes medicinsk tryllebinding.[11,12] Den medicinske tryllebinding overses sædvanligvis både af patienterne og

deres læger, hvilket er overraskende, fordi vi alle ved, at folk, der har drukket for meget, ikke kan bedømme deres evner til at køre bil.

Her er en patienthistorie, der illustrerer mange af problemerne i psykiatrien.

En patients psykiatriske "karriere"

I november 2019 fik jeg tilsendt en enestående beretning fra Stine Toft, en patient, jeg mødte, da jeg holdt foredrag for ”Bedre psykiatri”, en organisation af pårørende til psykiatriske patienter.[13]

Stine blev voldsomt skadet af psykofarmaka; hun kom i livsfare; og hun havde et ulideligt udtrapningsforløb, fordi hun ikke fik den fornødne vejledning. Men hun har det godt i dag, 44 år gammel.

Stine fødte sin anden datter i 2002 efter en hård tid med ”alverdens forsøg og hormonbehandlinger”. Efter fødslen havde hun det skidt. Hun var bange for at miste sin datter og for måske ikke at kunne beskytte hende godt nok. Lægerne stillede diagnosen depression, og hun fik at vide, at det var helt normalt, og at hun bare skulle tage Effexor (venlafaxin, en depressionspille), så hendes hjerne fungerede igen. Muligvis i resten af livet, men foreløbig i 5 år.

Hendes liv ændrede sig markant. Hun tog 50 kg på og havde adskillige underlige episoder, som hun ikke forstod. Engang ville hun grave en sandkasse til børnene, men det endte med, at hun gravede en hel trampolin 70 cm ned i jorden og flyttede 7 kubikmeter jord med en skovl. En anden gang bankede hun uden varsel en mur ned i køkkenet, uden på nogen måde at være håndværker, fordi hun syntes, at familien trængte til at få et smart samtalekøkken. En dag i et jobafklaringsforløb fortalte hun jobkonsulenten, at hun gerne ville læse til advokat, selvom hun er ordblind og aldrig ville have kunnet gennemføre det.

Stine kom til en psykiater igen, og et kvarter senere var sagen klar - hun var blevet bipolar. Hun blev sendt til psykoedukation og fik at vide, at hendes tilstand helt sikkert ville vare ved resten af livet. Hun blev skolet i, hvordan hun skulle lægge mærke til selv de små ting, der bekræftede, at hun var syg, og der blev lagt særlig vægt på, at hun skulle tage sin medicin.

”Det lykkedes dem at sætte en massiv frygt i mig”, skrev hun, og hun identificerede sig helt klart med en syg person, der skulle tackle livet på en bestemt måde for at overleve.

Tiden gik, og det endte med, at hun gik fra sin mand gennem 15 år. I 2013 mødte hun sin nuværende mand, og han spurgte ret hurtigt ”ind til det der med at være syg”, for det kunne han ikke lige se. Efter halvandet år overgav hun sig og indvilligede i at lave et mindre forsøg med en lille nedtrapning af medicinen. Han var godt tilfreds, fordi han flere gange havde set, hvor katastrofalt, det gik, når hun glemte at tage medicinen. F.eks. fik hun engang ødelagt en tur til et sommerland, fordi hun havde glemt at tage medicinen med. Som dagen gik, fik hun det værre og værre med hovedpine og opkastninger, og hun var lettere konfus og ville bare gerne ligge ned og sove, til hun fik medicinen igen.

Hendes medicinliste omfattede Effexor, senere skiftet til Cymbalta (duloxetin), lamotrigin og Lyrica (pregabalin) (to midler mod epilepsi) og Seroquel (quetiapin, et neuroleptikum). Derudover fik hun medicin mod de bivirkninger, medicinen fremkaldte, og for stofskiftet.

Dette er en farlig cocktail. Depressionspiller fordobler risikoen for selvmord, ikke kun hos børn men også hos voksne,[1,14-18] antiepileptika fordobler også risikoen for selvmord,[19] og både depressionspiller og antiepileptika kan gøre folk maniske,[18,19] hvilket skete for hende, og dermed påføre dem en fejlagtig diagnose om at være blevet bipolar.

Udtrapningsforløbet kom til at vare to et halvt år, hvor manden hjalp så godt, han kunne for at gøre processen så skånsom som mulig. De forstod det ikke dengang, men opdagede hen ad vejen, hvad receptormætningskurven betyder, nemlig at man skal reducere dosis mindre og mindre, jo længere man kommer ned. Det er der ikke ret mange læger, der ved,[20] og de officielle anbefalinger er decideret farlige, fordi de f.eks. for depressionspiller siger, at man skal skære halvdelen af dosis væk hver gang, man trapper ned, så tit som hver anden uge.[21] Allerede efter to dosisreduktioner er man nede på 25% af startdosis, hvilket er alt for hurtigt for de fleste patienter.

Stines liv kom i fare. Hun var hunderæd for, at det ville ende galt, og var tit ved at give op og lagde derfor pauser ind i forløbet. Tanker om selvmord var ekstremt anmassende i de perioder, hvor udtrapningen stod på, for det var ganske forfærdeligt.

På helt uforklarlig vis havde hun accepteret, at hun åbenbart hadede livet og gerne ville gøre en ende på det. Hun er ellers en energisk pige, der elsker livet, og som aldrig har haft selvmordstanker, før hun startede på medicinen, og heller ikke efter hun stoppede med den. Men udtrapningsforløbet var helt ”vanvittigt”, hvor hun ofte overvejede, om ikke det ville være mere humant at tage sit eget liv.

Under udtrapningen havde hun nogle ”vildt underlige episoder”. I den gode ende tog hun sig selv i flere gange bare at stå og lytte til naturen og fuglene. Det var en stærk oplevelse, for hun kunne ikke huske, hvornår hun sidst havde oplevet dette i årene som “dopet”. Lidt mere triste var de andre symptomer, der kom under udtrapningen. Abstinenssymptomerne omfattede dyk, som let kunne tolkes som depression, og under udtrapningen af Lyrica var hun angst og følte, at livet var uudholdeligt. En morgen i badet begyndte hun at græde, for bare det at mærke vandet på kroppen var ikke noget, hun havde lagt mærke til i mange år.

Da var det, at hun fik kendskab til to af mine bøger om psykiatrien og fandt ud af, at alt det, hun havde oplevet, var velkendt og helt normalt. Det var virkelig rystende for hende at læse om, hvordan det er normal praksis at blive udsat for det helvede, hun havde gennemlevet, men også befriende at opdage, at det er normalt, og at hun så nok slet ikke var syg og forkert på den.

Ved afslutningen af udtrapningen fik hun en underlig oplevelse, hvor hun gennem næsten et halvt år nærmest var skæv i kroppen. Hun havde konstant en følelse af at tippe til venstre og havde svært ved at gå lige. I flere perioder svigtede andre dele af motorikken. Da hun engang spillede kongespil, hvor man kaster en pind efter nogle træklodser, slap hendes hånd ikke pinden, når hun prøvede at kaste.

Efter endt udtrapning begyndte det at gå bedre og bedre, og hun ville gerne arbejde igen, selvom hun havde været ude af arbejdsmarkedet i mange år og var på førtidspension. Med stor støtte fra sin mand planlagde hun at tage et erhvervskørekort og køre lidt taxi, men ”Uha uha, det var et stort nej fra politiet”. De sendte et brev om, at hendes kørekort var tidsbestemt, og at hun skulle fremsende dokumentation hvert andet år for, at hun ikke var syg.

”At de vælger at kaste en ekstra diagnose efter en, som er på depressionsmedicin er ganske forfærdeligt. I dag skal jeg jo have fornyet mit kørekort hvert andet år af den grund. Men du drømmer ikke om, hvor svært

det var at undgå, at de tog det helt. Da jeg kontaktede psykiatrien pga. kontakten med politiet, så nægtede de først at tage mig - for jeg var jo rask. Jeg kunne altså ikke få deres hjælp til at bevise, at jeg ikke var syg og dermed egnet til at køre bil. Efter voldsomt pres fra mig, fik min egen læge dem endelig overtalt til at tage mig ind til en samtale og lave en redegørelse. Den fastslog tørt, at min "sygdom" var i ro. Jeg kunne have kvalt dem, for det betyder jo, at jeg stadig er syg og i politiets øjne dermed en, der skal overvåges fremover".

Stine er aldeles uenig i diagnosen bipolar. Hun har aldrig haft maniske tilfælde, før hun startede på medicinen, og har aldrig haft dem, efter hun sluttede. Men hun hænger på diagnosen resten af livet, selvom det er velkendt, at depressionspiller kan udløse mani og dermed få psykiaterne til at stille en forkert diagnose for noget, der er en medicinbivirkning, og ikke en ny sygdom.

Det er en lægefejl at stille en ny diagnose, som om der er noget grundlæggende i vejen med patienten, når tilstanden sagtens kunne skyldes en skadevirkning af medicinen. Det gør psykiaterne hele tiden.

Stine opgav tanken om at blive taxichauffør. Hun læste til coach og gik derefter i gang med at læse videre til psykoterapeut. Hun arbejder med mange forskellige mennesker og hjælper også patienter med at trappe ud af deres depressionspiller, med stor succes. De er ved at genvinde livet og ser, at det går fremad. Hun ved, at det er vigtigt at støtte dem, når de trapper ud, så de ikke kommer til at stå i samme situation som hende selv. Der er mange tanker og frygt, og mange har svært ved at definere sig selv, hvis de nu ikke er syge. Så kombinationen af udtrapning og terapi synes at have en yderst gavnlig effekt.

Det er svært at overbevise folk om, at det er en god ide at stoppe med medicinen. De tror fuldt og fast på den, for de jo er syge, men endnu værre, så er der et stort pres fra de pårørende. Hun har mærket på sin egen krop, hvad det vil sige at stå alene med udtrapningen. I dag ser hun ikke længere sin familie. De fastholdt påstanden om, at hun var syg og bare skulle passe sin medicin. Denne fejlagtige opfattelse næres af, at de fleste hjemmesider stadigvæk fejlagtigt påstår, at man bliver syg med depression, fordi man har

en kemisk ubalance (se nedenfor).[23] Hvis man tror på det, tror man jo også, at man ikke kan undvære medicinen.

Stine købte domænenavnet medicin-fri.dk (medicinfri.dk var optaget) for et par år siden, for i samarbejde med andre en dag at kunne oplyse om det at tage medicin og skadevirkningerne samt give hjælp og støtte til udtrapning. Hun har også en hjemmeside, www.stinetoft.dk.

Alt for få mennesker kender til problemerne eller har nogensinde hørt om dem. Det vil hun lave om på og vil sikre sig, at hun ikke giver urigtige råd og informationer. Stine skrev derfor til mig og spurgte, om jeg kendte andre, der kunne tænke sig mere organiseret at indgå i et netværk omkring disse ting.

Ud over sit daglige arbejde med klienter holder hun foredrag, men oplever, at det er svært at "få lov til" at komme ud med budskabet. Hun har holdt foredrag for PsykInfo (Region Hovedstadens Psykiatri) om det at være bipolar, hvilket var nemt. Alle vil åbenbart gerne se en syg og høre hendes historie. Men en succeshistorie, der sætter spørgsmålstegn ved systemet, er ikke interessant.

Stine brænder for at ændre tingene og har f.eks. oprettet flere selvhjælpsgrupper og holdt foredrag for Depressionsforeningen, har været frivillig i Røde Kors og startet grupper for ensomme, og har været mentor for unge i Familiernes Hus i Esbjerg.

I dag er hun aktiv i Bedre Psykiatri i Esbjerg, og der foreslog hun, at de skulle invitere mig til at holde foredrag. De vidste ikke, hvem jeg var, og formanden indledte med at sige, at psykiatrien skulle have flere penge; så skulle det nok blive godt. Jeg startede mit foredrag med at sige, at det ikke var sikkert, at det var en god ide. Hvis der kom flere penge, ville der blive stillet endnu flere diagnoser, blive brugt endnu mere medicin, og endnu flere ville komme på førtidspension, fordi de ikke kan fungere, når de er medicinpåvirkede.[24]

Stine vil gerne holde foredrag med titlen "At overleve et psykiatrisk forløb". Hun finder det overvældende i dag at leve et liv, som hun efter mange års medicinering troede var helt uden for rækkevidde. Selvom hendes tidligere liv blev "tåbeligt håndteret af diverse psykiatere og andre velmenende læger", ønsker hun ikke at rode op i det og bede om journalindsigt. Hun vil hellere se fremad og oplyse andre via hjemmesider

og foredrag om, hvor skadeligt det er blindt at lade sig medicinere - ofte helt uden grund.

Stine er overbevist om, at stort set intet af alt det, hun har haft af underlige oplevelser gennem de 14 år, hun var medicineret, var sket, hvis hun ikke havde fået medicin. Hukommelsen led et alvorligt knæk ved medicineringen, men er i god bedring.

Hun kan ikke begribe, at lægerne ikke selv stoppede op. Der var ikke noget, der kunne retfærdiggøre hendes voldsomme medicinering, og da hun gik op i vægt fra 70 til 120 kg, reagerede lægerne heller ikke, udover at give hende medicin, der skulle øge stofskiftet, hvilket var ”helt gak … Det var jo ekstremt invaliderende på alle tænkelige måder og i sig selv næsten noget, de kunne give en depressionsdiagnose for, for det var sgu noget trist at lægge krop til”.

Stine anser systemet for at være håbløst. Det kolossale overforbrug af psykofarmaka producerer kroniske patienter, ofte med udgangspunkt i problemer, der i sin natur er forbigående,[24] hvilket jeg skal forklare i det følgende.

2 Er psykiatrien evidensbaseret?

Psykiatrien var i krise i USA i midten af det forrige århundrede, fordi psykologer var mere populære end psykiatere.[1] Det psykiatriske lavsvæsen besluttede derfor at gøre psykiatri til et medicinsk speciale, der ville få psykiaterne til at ligne rigtige læger og afgrænse dem fra psykologerne, som ikke måtte udskrive medicin.

Lige siden har massiv propaganda, svindel, manipulation med forskningsdata, skjulte selvmord og andre dødsfald og løgne i markedsføringen af lægemidler banet vejen for illusionen om, at psykiatri er en respektabel disciplin, der benytter lægemidler, der helbreder patienterne.[1-4]

Som forklaret i første kapitel er ”kunderne”, patienterne og deres pårørende, ikke enige med sælgerne. Når det er tilfældet, er udbyderne normalt hurtige til at ændre deres produkter eller tjenester, men det sker ikke i psykiatrien, som har monopol på at behandle patienter med psykiatriske lidelser, med familielæger som deres ukritiske salgspersonale i frontlinjen, der ikke stiller ubekvemme spørgsmål om, hvad de sælger.

Familielægen er de fleste menneskers indgangsport til psykiatrien. Det er her, triste, bekymrede, stressede eller udbrændte mennesker fortæller om deres symptomer. Lægen afsætter sjældent den nødvendige tid til at forhøre sig om de begivenheder, der fik patienten til at ende i denne situation. Konsultationen slutter ofte efter få minutter med en diagnose, som måske ikke er korrekt, og en recept på et eller flere psykofarmaka, selvom samtaleterapi måske havde været bedre. En undersøgelse i USA viste, at over halvdelen af lægerne udskrev en recept efter at have drøftet depression med patienterne i tre minutter eller mindre.[5]

Du får måske et psykofarmakon, selvom der ikke er nogen god grund til at ordinere det til dig, f.eks. en depressionspille mod søvnløshed, problemer i skolen, eksamensangst, chikane på arbejdspladsen, vold i hjemmet, brud med kæresten, sorg, økonomiske problemer eller skilsmisse. Dette er også almindeligt, hvis du går til en psykiater.

I modsætning til andre medicinske specialer bygger psykiatrien på en række myter, som er blevet gendrevet så endegyldigt af god forskning, at det er mere passende at kalde dem løgne. Jeg advarer dig derfor igen. Det meste af det, du har fået at vide, eller nogensinde vil høre om psykiatri,

psykofarmaka, elektrochok, og tvangsindlæggelse og -behandling, er forkert. Det er dokumenteret i talrige forskningsartikler og bøger.[1-11]

Her er nogle generelle råd, som vil føre til bedre resultater, end hvis de ignoreres:

1 Det er sjældent en god ide at opsøge egen læge, hvis du har et psykisk helbredsproblem. Da læger er uddannet i at bruge medicin, vil du sandsynligvis blive skadet. Hvis ikke på kort sigt, så på lang sigt.

2 Hvis du får en recept fra din læge på et psykofarmakon, så lad være med at gå på apoteket.

3 Find nogen, der er god til samtaleterapi, f.eks. en psykolog. Hvis du ikke har råd til det, eller hvis der er en lang venteliste, så husk, at det som regel er bedre at gøre ingenting end at gå til læge.

4 Overvej, om du har brug for en socialrådgiver eller en advokat. Læger kan for eksempel ikke hjælpe dig med et dårligt ægteskab, og piller hjælper dig heller ikke.

Lad os se nærmere på, hvad der er galt med psykiatrien. Psykiaterne hævder, at deres speciale bygger på den biopsykosociale model for sygdom, der tager biologi, psykologi og sociale faktorer med i betragtning, når de prøver at forklare, hvorfor mennesker bliver syge.

Virkeligheden er ganske anderledes. Biologisk psykiatri har været den dominerende sygdomsmodel lige siden formanden for US Society of Biological Psychiatry, Harold Himwich, i 1955 fremkom med en fuldstændig absurd idé om, at neuroleptika fungerer som insulin til diabetes.[9]

Det ser endda ud til at blive værre. For 15 år siden var nogle af psykiatriens talsmænd mere kritiske end nutidens ledere over for faren ved at være for tæt på medicinalindustrien. Steven Sharfstein, formanden for den Amerikanske Psykiaterforening, skrev i 2005:

”Når vi taler om Big Pharma, må vi forholde os til det faktum, at vi som erhverv har ladet den biopsykosociale model blive til en bio-bio-bio-model ... Repræsentanter for lægemiddelfirmaer, der kommer med gaver, er hyp-

pige besøgende på psykiaternes kontorer. Vi burde være kloge nok og holde afstand ved at benævne disse gaver med deres rette navn, - returkommission og bestikkelse ... Hvis vi opfattes som pillepushere og som medarbejdere i medicinalindustrien, kompromitterer vi vores troværdighed som erhverv”.[12]

Andre udsagn var mindre heldige: ”Farmaceutiske virksomheder har udviklet og bragt medicin på markedet, der har forvandlet livet for millioner af psykiatriske patienter”. Sandt nok, men ikke til det bedre.

”Den beviste effektivitet af antidepressiva, stemningsstabiliserende og antipsykotiske medikamenter har bidraget til at gøre offentligheden bevidst om realiteterne ved psykisk sygdom og har lært dem, at behandlingen fungerer. På denne måde har Big Pharma været med til at reducere stigmatiseringen forbundet med psykiatrisk behandling og psykiatere”.

Behandlingerne har ikke værdifulde effekter, især ikke når deres skader tages med i betragtning, og stigmatiseringen er øget.[4] Men det er sådan, de psykiatriske ledere narrer folk. En systematisk gennemgang af 33 undersøgelser fandt, at biogenetiske årsagsforklaringer ikke var forbundet med mere tolerante holdninger; de var relateret til stærkere afvisning i de fleste studier af skizofreni.[13] Biologiske pseudoforklaringer øger den opfattede farlighed, frygt og ønske om afstand til patienter med skizofreni, fordi de får folk til at tro, at patienterne er uforudsigelige,[13-15] og de mindsker klinikernes empati og fører til social udstødelse.[17]

Den biologiske model skaber unødvendig pessimisme omkring chancerne for bedring og reducerer patienternes lyst til at ændre sig, sammenlignet med en psykosocial forklaring. Mange patienter beskriver diskriminationen som mere langvarig og handicappende end psykosen i sig selv og som en stor barriere for bedring.[14,15] Patienterne og deres familier oplever mere stigmatisering og diskrimination fra psykiatriske fagfolk end fra nogen anden sektor i samfundet, og over 80% af mennesker med skizofrenistemplet mener, at selve diagnosen er skadelig og farlig. Derfor undgår nogle psykiatere at bruge udtrykket skizofreni.[15]

Sharfstein indrømmede, at ”psykiaterne bruger psykoterapi i mindre grad end for 10 år siden. Dette er tilfældet på trods af stærke beviser for, at mange former for psykoterapi er effektive, enten alene eller i kombination med medicin”. Hvilken tragedie dette er. Det er ikke de fremskridt, vi hører så meget om.

Sharfstein kunne ikke modstå fristelsen til at spille "antipsykiatri"-kortet ud: "som svar på antipsykiatri-bemærkningerne ... er en af anklagerne mod psykiatrien ... at mange patienter får ordineret de forkerte lægemidler eller lægemidler, de ikke har brug for. Disse anklager er rigtige, men det er ikke psykiatriens skyld - det skyldes det ødelagte sundhedsvæsen, som USA synes at være villig til at acceptere".

Naturligvis. Alle de skader, psykiaterne afstedkommer ved at overdosere hele befolkninger, er ALDRIG deres skyld, men andres.

Psykiater Niall McLaren har skrevet en meget lærerig bog med mange patienthistorier, der fortæller os, at angst er et nøglesymptom i psykiatrien.[11] Hvis en psykiater eller familielæge ikke optager en meget omhyggelig sygehistorie, overser de måske, at den aktuelle episode med følelsesmæssig smerte, som de diagnosticerer som depression, startede som angst mange år tidligere, da patienten var teenager. De skulle derfor have behandlet angsten med samtaleterapi i stedet for at uddele piller.

Niall har udviklet en standardprocedure, han benytter sig af ved alle nye patienter for ikke at overse noget vigtigt. Det tager tid, men den investerede tid betaler sig rigeligt tilbage og fører til bedre resultater for hans patienter end psykiatriens standardmetode.

Niall er interesseret i filosofi, men er blevet mødt med ekstrem fjendtlighed, når han udfordrede sine kolleger ved at spørge dem, hvad grundlaget var for deres biologiske model for psykiatriske lidelser. Der er ingen. Med hans egne ord:[11]

"Så kan vi glemme biologisk psykiatri. Problemet er, at en forfærdelig masse mennesker har investeret en forfærdelig masse penge i at give biologiske behandlinger mod mentale lidelser, og de vil ikke give op uden kamp. Værre er det, at der er en frygtelig masse højtflyvende akademiske psykiatere over hele verden, der har investeret hele deres karriere og deres egoer (hvilket er meget værre) ved at hævde, at mental lidelse er biologisk. De kæmper ihærdigt for at redde deres job og deres omdømme. Så vi sidder fast i den biologiske psykiatri i et stykke tid endnu. Bare fordi vi har bevist, at det er forkert, betyder det ikke, at det forsvinder i løbet af natten. Værdien af biologisk psykiatri er, at det ikke er nødvendigt at tale med patienten ud over at stille et par standardspørgsmål for at finde ud af, hvilken sygdom han har, og det kan let gøres af en sygeplejerske bevæbnet med et spørge-

skema. Dette giver en diagnose, som derefter dikterer de medikamenter, han skal have”.

Biologisk psykiatri antager, at der findes specifikke diagnoser, der er resultatet af specifikke ændringer i hjernen, og at der er specifikke lægemidler, der korrigerer disse ændringer, som derfor er gavnlige. Vi skal nu se på disse antagelser én efter én.

Er psykiatriske diagnoser specifikke og pålidelige?

Psykiatriske diagnoser er hverken specifikke eller pålidelige.[4,6,18,19] De er meget uspecifikke, og psykiatere er meget uenige, når de bliver bedt om at diagnosticere de samme patienter uafhængigt af hinanden. Der er få sådanne undersøgelser, og deres resultater var så pinlige for den Amerikanske Psykiaterforening, at de begravede dem så dybt, at det krævede omfattende detektivarbejde at finde dem.[19] Begravelsen fandt sted i en røgelse af positiv retorik i overraskende korte artikler, givet emnets store betydning. Selv den største undersøgelse, af 592 mennesker, var skuffende, selvom forskerne havde gjort meget ud af at oplære bedømmerne.[20]

Psykiatriske diagnoser bygger ikke på videnskab, men er konsensuslignende øvelser, hvor det besluttes ved håndsoprækning, hvilke symptomer der skal inkluderes i en diagnostisk test.[18] Denne tjeklistetilgang minder om det velkendte selskabsspil, find fem fejl. En person, der har mindst fem symptomer ud af ni, erklæres deprimeret.

Hvis vi leder længe nok, finder vi "fejl" hos alle mennesker. Der er ikke noget objektivt og verificerbart ved denne måde at stille diagnoser på, som er afledt af en vilkårlig konstellation af symptomer. Hvor mange kriterier, og hvilke stemmer vi for skal være til stede for at stille en given diagnose?

Jeg holder mange foredrag for forskellige forsamlinger af både fagfolk og lægfolk, og jeg udsætter ofte tilhørerne for den anbefalede test for ADHD hos voksne (attention deficit hyperactivity disorder, opmærksomhedsforstyrrelse med hyperaktivitet).[4,21] Det slår aldrig fejl. Mellem en tredjedel og halvdelen af publikum tester positivt. Da jeg testede min kone, scorede hun fuldt hus, hvilket er seks ud af seks kriterier. Kun fire positive svar på spørgeskemaet er nødvendige for diagnosen. Engang, da en af mine døtre og hendes kæreste var til middag hos os, diskuterede vi fjollerierne ved psykiatriske diagnoser og for at illustrere det, prøvede de også testen. Min datter

scorede fem ligesom jeg, og hendes meget afslappede kæreste, som jeg aldrig ville have mistænkt for at kunne være positiv, scorede fire. Så der var vi, fire mennesker, der nød vores middag og selskab, alle med en fup-diagnose.

Min lille øvelse får folk til at indse, hvor fordummende og uvidenskabelige psykiatriske diagnoser er. Jeg fortæller altid, at jeg er i samme båd som dem, og at de ikke skal bekymre sig, men være glade, som sangen af Bobby McFerrin går, fordi nogle af de mest interessante mennesker, jeg nogensinde har mødt, ”kvalificerer” sig til ADHD-diagnosen. De er dynamiske og kreative og har svært ved at sidde stille på stolen og lade som om, de lytter, hvis underviseren er kedelig. Alligevel har psykiaterne med skamløs frækhed fortalt hele verden, at mennesker med en ADHD-diagnose lider af en ”neurologisk udviklingsforstyrrelse”, f.eks. i den diagnostiske og statistiske manual for mentale forstyrrelser (DSM-5), der bruges i USA, og i den internationale klassificering af sygdomme (ICD-11), der bruges i Europa.

At hævde, at milliarder af mennesker har forkerte hjerner, er så skandaløst, som det kan blive.

En af de gange, jeg holdt foredrag for ”Bedre psykiatri”, sagde en kvinde i salen: ”Jeg har ADHD”. Jeg svarede: ”Nej, det har du ikke. Du kan have en hund, en bil eller en kæreste, men du kan ikke have ADHD. Det er en social konstruktion”. Jeg forklarede, at det kun er en etiket, ikke noget, der findes i naturen, ligesom en elefant, som alle kan se. Folk er tilbøjelige til at tro, at de får en forklaring på deres problemer, når psykiaterne giver dem et navn, men det er et cirkulært ræsonnement. Poul opfører sig på en bestemt måde, og vi giver denne opførsel et navn, ADHD. Poul opfører sig på denne måde, fordi han har ADHD. Logisk set er det umuligt at ræsonnere på denne måde.

Jeg spøgte ofte under mine forelæsninger om, at vi også har brug for en diagnose til de børn, der er *for* gode til at sidde stille og ikke gør opmærksom på sig selv eller bliver hørt i klassen. Dette blev til virkelighed med opfindelsen af diagnosen ADD (attention deficit disorder, opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet). Fra den dag af har jeg spøgt om, hvor længe vi skal vente, før vi også får en diagnose til dem i midten, for så vil der være

et lægemiddel til alle, og medicinalindustrien vil have nået deres endelige mål, at ingen vil undslippe fra at blive behandlet.

Depressionsdiagnosen er ikke meget bedre. Det er meget let at få denne diagnose, selvom du ikke rigtig er deprimeret, men bare føler dig lidt ved siden af dig selv.[4]

Selv de mere alvorlige diagnoser er meget usikre. Mange mennesker - i nogle studier langt de fleste - blev ved revision anset for at være forkert diagnosticeret med skizofreni.[4]

I betragtning af den enorme usikkerhed, uenighed og vilkårlighed burde det være meget let at slippe af med en forkert diagnose. Det er imidlertid umuligt, og der er ingen appelmulighed ligesom i straffesager. Det er som i middelalderen, hvor mennesker blev fordømt uden grund og uden appelmulighed. Som du vil få at se i afsnittet om tvangsbehandling i kapitel 4, overtrædes loven rutinemæssigt, hvilket vi ikke ville tolerere i nogen anden sektor i samfundet.

Det ser ikke ud til at spille nogen rolle, om en diagnose er korrekt eller forkert. Den følger dig resten af livet og kan gøre det vanskeligt at få den uddannelse, du drømmer om, et job, visse pensioner, at blive godkendt som adoptivforælder eller endda bare at bevare dit kørekort.[22,23] Desuden bliver psykiatriske diagnoser ofte misbrugt i sager om forældremyndighed, når forældrene bliver skilt.[22] Selv når diagnosen åbenlyst er forkert, og psykiateren selv tvivlede alvorligt på den, da hun stillede den, kan du ikke få den fjernet.[23] Den klistrer til dig for altid, som om du var en brændemærket ko.

Den danske filminstruktør Anahi Testa Pedersen lavede filmen ”Diagnosing psychiatry”[24] om mine forsøg på at skabe en bedre psykiatri og om hendes egen kamp imod systemet. Hun fik diagnosen skizotypi, som er et meget vagt og højst tvivlsomt begreb (se kapitel 5), da hun var indlagt på en psykiatrisk afdeling på grund af alvorlig stress i forbindelse med en skilsmisse. Det var tydeligt, at hun var i krise og aldrig skulle have haft en psykiatrisk diagnose eller været behandlet med medicin, men på afdelingen gav de hende quetiapin, et neuroleptikum, og escitalopram, en depressionspille. Anahi var dybt chokeret over at opleve, at selv om hun frivilligt havde kontaktet den psykiatriske afdeling, blev dørene låst bag hende. Da hun satte spørgsmålstegn ved sin diagnose ved udskrivelsen, fik hun at vide: ”Her

stiller vi diagnoser!”[22] Medicinen dopede hende og gjorde hende apatisk, og hun trappede ud af den.

Næste chok kom otte år senere, da hun fik en indkaldelse fra Region Hovedstadens Psykiatri. De ønskede at undersøge hendes datter. Psykiatriske diagnoser er i deres optik arvelige, og derfor er det ifølge dem sandsynligt, at psykisk syges børn også bliver syge.

Anahi blev vred. Hendes datter er velfungerende, glad, sund og har mange venner. Indkaldelsen kom, uden at der var blevet spurgt ind til hendes forløb efter indlæggelsen, eller til hendes datters situation og velbefindende, og brevet stigmatiserede både hende og hendes datter. Anahi ringede til en psykiater på den afdeling, hvor hun havde været otte år tidligere, men selvom hendes egen læge forsikrede hende om, at hun havde det godt, og at det var bemærkelsesværdigt, at hun fik diagnosen i første omgang, sagde psykiateren, da hun bad om en ny undersøgelse: ”Det gør systemet ikke!”. Hun måtte acceptere en livstidsdom, selvom den var forkert. Dette ville ikke være sket, hvis hun var blevet uretmæssigt dømt for en forbrydelse, men i psykiatrien er det helt "normalt".

Problemet med klisterdiagnoserne er en overbevisende god grund til ikke at opsøge en psykiater.

Psykiatriens starterkit: depressionspiller

Patienterne og deres pårørende kalder ofte depressionspiller for "psykiatriens starterkit". Det skyldes, at mange mennesker starter deres psykiatriske "karriere" ved at konsultere egen læge med et eller andet problem, som mange af os har fra tid til anden, og får en recept på en depressionspille, som bringer dem i problemer.

Som allerede nævnt udskrives depressionspiller ofte til ikke-godkendte indikationer. Når problemerne hober sig op, kan egen læge henvise patienten til psykiatrisk behandling. De fleste af disse problemer er iatrogene (græsk: noget en læge forårsager). Hvis du læser indlægssedler for depressionspiller, som er lette at finde i en Google-søgning, f.eks. *duloxetin indlægsseddel*, vil du se, at disse stoffer gør nogle mennesker hypomaniske, maniske eller psykotiske på andre måder. Når det sker, vil din læge sand-

synligvis konkludere, at du er blevet bipolar eller lider af psykotisk depression, og vil give dig yderligere medicin, f.eks. et neuroleptikum, lithium, et antiepileptisk middel, eller alle tre, ud over depressionspillen.

Der er et betydeligt overlap mellem skaderne af psykofarmaka og de symptomer, som psykiatere bruger, når de stiller diagnoser, så det behøver ikke at tage ret lang tid, før du har flere diagnoser og får flere lægemidler.[2,4]

I 2015 blev jeg inviteret til at holde foredrag på Aalborg sygehus af Psykiatrien i Region Nordjylland i samarbejde med Psykiatrisk Selskab for Medicinstuderende. Psykiatriprofessor Rasmus Licht holdt foredrag efter mig, hvorefter der var diskussion. Rasmus er specialist i bipolar lidelse, og jeg var en af bedømmerne, da han forsvarede sin ph.d. om mani 17 år tidligere.

Jeg spurgte ham, hvordan han kunne vide, når han stillede diagnosen bipolar hos en patient, der fik medicin mod ADHD, at det ikke bare var stoffets skader, han så, fordi de i høj grad er sammenfaldende med de symptomer, læger bruger til at stille diagnosen. Jeg blev fuldstændig målløs, da han sagde, at en psykiater var i stand til at skelne mellem disse to muligheder. Jeg besluttede ikke at fortsætte diskussionen.

Rasmus sagde meget andet, der ikke er korrekt, hvilket illustrerede, hvad psykiatrien gør ved sine egne. Da jeg mødte ham første gang, var han en kvik ung mand, der imponerede mig. Jeg havde ikke mødt ham i alle disse år, og det var chokerende at opleve, hvordan han havde inkorporeret alle psykiatriens forkerte ideer. Vi korresponderede lidt bagefter på meget venskabelig vis, men mine forsøg på at overbevise ham om, at han var forkert på den, mislykkedes.

En af de ting, Rasmus skrev, var: ”Uanset hvad du skriver, er det ikke klart vist, at antidepressiva kan ændre bipolar lidelse. Dette har været antaget, hvorfor det nævnes i ICD 10 og DSM IV, at hvis manien kun forekommer, når patienten har modtaget et antidepressivt middel på samme tid, taler det imod bipolar lidelse, da det forstås, at det kunne være medikament-induceret mani. I modsætning hertil har DSM-5 taget konsekvenserne af nylige epidemiologiske undersøgelser og skrevet, at selv om en mani forekommer under behandling med et antidepressivt middel, bør dette opfattes som en sand, dvs. primær, bipolær lidelse. Så i dette tilfælde taler du imod bedre viden”.

Jeg spekulerede på, hvordan det var muligt for Rasmus at tro på sådan noget vrøvl. Det er totalt nonsens at hævde, at en mani, der opstår under behandling med en depressionspille, er en ny lidelse, når det lige så godt kan være en iatrogen skade. Det er intet andet end et smart trick, psykiaterne bruger for at distancere sig fra de skader, de forårsager, og fra deres ansvarlighed. Det er altid patienten, der bærer skylden, aldrig os eller vores medicin, er det budskab, de udsender.

Rasmus burde have kritiseret de psykiatere, der konstruerede DSM-5 på en sådan måde, at de selv var uden for rækkevidde. Tænk også på Stine Toft, hvis historie jeg beskrev i det første kapitel. Hun har aldrig været manisk bortset fra den periode, hvor hun fik en depressionspille.

Jeg har haft mange sådanne oplevelser, og derfor ser jeg absolut intet håb for psykiatrien. Folk med mentale sundhedsproblemer bør konsultere fagfolk, der ikke vil behandle dem med psykofarmaka, men som vil lytte til dem og hjælpe dem på andre måder.[25]

Jeg har beskrevet andetsteds, hvor ødelæggende psykiaternes selvpåførte blindhed overfor virkeligheden er for deres patienter.[4] Den mest fremtrædende amerikanske børnepsykiater, Joseph Biederman, er også en af de mest skadelige. Han opfandt diagnosen bipolar lidelse hos børn, og han og hans medarbejdere stillede diagnosen bipolar hos 23% af 128 børn med ADHD.[26] Denne tilstand var praktisk talt ukendt, før Biederman trådte ind på scenen, men på kun otte år, fra 1994 -95 til 2002-03, steg antallet af lægebesøg i USA for børn diagnosticeret med bipolar lidelse 40 gange (en stigning på 3900%).[27]

Bliver patienterne syge, fordi de har en kemisk ubalance i hjernen?

Der er ingen specifikke kemiske ændringer i hjernen, der forårsager psykiatriske lidelser. De undersøgelser, der har hævdet, at en almindelig mental lidelse som depression og psykose starter med en kemisk ubalance i hjernen, er alle upålidelige.[4]

En forskel i dopaminniveauer mellem patienter med en skizofrenidiagnose og raske mennesker kan ikke fortælle os noget om, hvad der startede psykosen. Hvis et hus brænder ned, og vi finder aske, betyder det ikke, at det var asken, der satte ild til huset. På ganske samme måde, hvis en løve angriber os, bliver vi frygtelig bange og producerer stresshormoner,

men dette beviser ikke, at det var stresshormonerne, der gjorde os bange. Mennesker med psykoser har ofte haft traumatiske oplevelser tidligere, så vi bør se disse traumer som medvirkende årsagsfaktorer og ikke reducere lidelsen til en biokemisk ubalance, som, hvis den overhovedet eksisterer, mere sandsynligt er resultatet af psykosen snarere end dens årsag.[28]

En artikel, der gennemgik de 41 mest solide studier, fandt, at mennesker, der havde haft en vanskelig barndom, 2,8 gange så hyppigt fik en psykose end andre ($p < 0{,}001$, hvilket betyder, at sandsynligheden for at få et sådant resultat, eller en endnu større forskel end 2,8 gange, hvis der i virkeligheden ikke er nogen sammenhæng, er mindre end en på tusind).[29] Ni ud af ti studier, der testede for et dosis-respons-forhold, fandt det.[29] En anden undersøgelse fandt, at mennesker, der havde oplevet tre typer af traumer (f.eks. seksuelt misbrug, fysisk mishandling og mobning) 18 gange så hyppigt blev psykotiske end andre, og hvis de havde oplevet fem slags traumer, var hyppigheden 193 gange større (95% konfidensinterval 51 til 736 gange, hvilket betyder, at den sande risiko med 95% sandsynlighed findes i intervallet 51 til 736 gange risikoen for en person, der ikke er blevet udsat for traumer).[30]

Sådanne data er meget overbevisende, medmindre du er psykiater. En undersøgelse af 2813 britiske psykiatere viste, at for hver psykiater, der mener, at skizofreni primært skyldes sociale faktorer, er der 115, der mener, at det primært skyldes biologiske faktorer.[31]

Myten om, at en kemisk ubalance i hjernen er årsagen til psykiatriske lidelser, er en af de største løgne i psykiatrien og også en af de mest skadelige. Som nævnt ovenfor har den eksisteret i mindst 65 år, siden Himwich hævdede, at neuroleptika fungerer som insulin til diabetes.[9] Det ser ud til at være umuligt at få myten til at forsvinde, da det er så nyttigt for psykiaterlavet at bevare den. Det giver dem et alibi til at behandle deres patienter med skadelige stoffer og får dem til at ligne rigtige læger i offentligheden.

I 2019 indsamlede Maryanne Demasi og jeg information om depression fra 39 populære hjemmesider i 10 lande: Australien, Canada, Danmark, Irland, New Zealand, Norge, Sydafrika, Sverige, Storbritannien og USA. Vi fandt, at 29 hjemmesider (74%) tilskrev depression en kemisk ubalance eller hævdede, at depressionspiller kunne fikse eller korrigere en sådan ubalance.[32]

Jeg har gode grunde til at kalde min psykiatribog fra 2015 ”Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse”.[4] Fornægtelsen, ikke kun af virkeligheden, men endda af psykiatriens egne holdninger, når de udfordres, er så enorm, at jeg skal belyse det i detaljer for Danmarks vedkommende. Det er det samme overalt, så det er lige meget, hvilket land, man omtaler.

I 2005 offentliggjorde psykiatriprofessor Lars Kessing og kolleger en undersøgelse af 493 patienter med depressiv eller bipolar lidelse, der viste, at 80% af patienterne var enige i udsagnet: "Antidepressiva korrigerer de ændringer, der opstod i min hjerne på grund af stress eller problemer".[33] Jeg kommer tilbage til Kessing i kapitel 5, hvor jeg også beskriver, hvad der sker, når kritiske TV-programmer forsøger at fortælle sandheden om psykiatrien.[34-36]

I 2013 beskrev Thomas Middelboe, formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, udtrykket kemisk ubalance som en metafor, psykiatrien har grebet i et forsøg på at forklare sygdomme, man ikke kender årsagen til:[37] “Det er noget sludder at sige, at folk mangler et stof i hjernen, men kemisk ubalance – det udtryk kunne jeg godt finde på at bruge. Der er jo tale om neurobiologiske processer, som er forstyrrede”.

I 2014 var der en offentlig psykofarmakadebat mellem psykiatriprofessor Poul Videbech og mig, arrangeret af Psykiatrisk Selskab for Medicinstuderende ved Aarhus Universitet. Efter at jeg nøje havde forklaret og dokumenteret, hvorfor alt for mange mennesker er i behandling med depressionspiller og havde foreslået, at vi aftrappede medicinen, sagde Videbech, foran 600 mennesker: “Hvem ville tage insulin fra en diabetiker?”.

I januar 2015 afholdt Region Hovedstadens Psykiatri og Psykiatriforeningernes Fællesråd et arrangement om psykofarmaka med titlen ”Fup eller fakta om psykofarmaka” på Rigshospitalet. Anledningen var, at jeg havde startet en langvarig debat om psykofarmaka et år tidligere, da jeg i Politiken beskrev ti myter i psykiatrien, der er skadelige for patienterne.[4] Artiklen findes også på engelsk.[38] Officielt var formålet med mødet at give ”en neutral og nøgtern vurdering af medicinen”, men dets sande formål var at beskytte status quo. Der var en lang introduktion, hvor mit navn ikke blev nævnt, selvom jeg var den direkte årsag til at arrangere mødet, og jeg var ikke inviteret til at holde foredrag. Psykolog Olga Runciman påpegede fra auditoriet, at historien om, at psykiske lidelser skyldes en kemisk ubalance, var død i udlandet, og hun ville gerne vide, om den også var død i Danmark.

Ingen af psykiatriprofessorerne ønskede at svare, og formanden holdt dem ikke fast på, at de skulle svare, selvom jeg to gange gjorde opmærksom på, at de ikke havde svaret.

Otte måneder senere, dagen før min psykiatribog udkom,[4] var der et dobbeltsides interview med mig i Politiken.[39] Jeg understregede, at en af de største myter, som over halvdelen af patienterne havde fået fortalt,[33] er, at de lider af en kemisk ubalance i hjernen. Jeg sagde også, at mange patienter endte med at tage medicin resten af livet, fordi de var blevet narret på denne måde eller havde fået at vide, at de ville blive hjerneskadet, hvis de ikke tog medicinen.

Videbech var også interviewet og sagde: ”Imod bedre vidende skyder han sin modstander alle mulige ufine motiver i skoen. For eksempel har vi i de sidste 20 år kendt til, at teorien om den kemiske ubalance i hjernen ved depression er alt for simpel. Det har jeg selv skrevet om i mine lærebøger gennem mange år. Det er derfor ude i hampen, når jeg og andre tillægges den slags synspunkter”.

Ikke rigtig. Myten om den kemiske ubalance er kun fortid, når den udfordres. Psykiatriprofessor Birte Glenthøj var også interviewet og bekræftede, at myten stadig var i live og havde det godt: ”Vi ved fra forskningen, at patienter, der lider af skizofreni, i gennemsnit har en øget dannelse og frigivelse af dopamin, og at det hænger sammen med udviklingen af de psykotiske symptomer. Øget dopaminaktivitet ses også, før patienterne første gang har fået antipsykotisk medicin, så den har intet med medicinen at gøre”.

To uger efter at jeg udgav min psykiatribog, skrev psykiater Marianne Geoffroy i Dagens Medicin, et industristøttet gratisblad, at jeg brugte offentlige tilskud til at udgive private, ikke-videnskabelige bøger, som hun sammenlignede med Scientology-bøger, der ”skaber helt unødig mistillid og skræmmer psykisk lidende borgere fra at få relevant behandling”.[40] I en elektronisk kommentar sagde psykiater Lars Søndergård (se mere om ham i kapitel 5), at han ikke kendte til nogen psykiatere, der tilskrev psykisk sygdom en "kemisk ubalance i hjernen".

En anden psykiater, Julius Nissen, svarede: ”Jeg har gennem mine mange år i psykiatrien talt med rigtig mange mennesker, der netop har fået denne forklaring, og sammenligningen med insulin, at det er et stof de har behov for at få tilført. Denne overbevisning gør det meget svært at motivere dem

til udtrapning af medicinen. Dette jo netop fordi de under udtrapningen de facto oplever "kemisk ubalance", nu hvor hjernen er tilvænnet stoffet. De føler sig derfor bekræftet i, at hypotesen er sand, og det er fordi de er syge, hvor det jo er bivirkninger, som skal overstås".

I begyndelsen af 2017 hævdede Videbech igen, på Psykiatrifondens hjemmeside, at når folk er deprimerede, er der en ubalance i hjernen.[41] Både Kessing og Videbech havde skrevet i deres to bidrag til Patienthåndbogen, der har officiel status i Danmark, at depression er forårsaget af en kemisk ubalance.[42,43] Jeg klagede derfor til redaktøren, men kom naturligvis ingen vegne. Jeg mente, det var min pligt over for patienterne i det mindste at prøve. Kessing og Videbech ændrede et par mindre ting og introducerede nye påstande, der gjorde deres artikler endnu værre. Jeg klagede igen, og kom igen ingen vegne, og løgnen om den kemiske ubalance fortsatte bare.

I sin opdatering tilføjede Kessing, at "antidepressiv medicin stimulerer hjernen til at lave nye nerveceller i visse områder". Videbech skrev det samme, men der var ingen referencer. Hvis dette kan ske, betyder det blot, at depressionspiller er skadelige for hjernecellerne, idet hjernen danner nye celler som reaktion på en hjerneskade. Dette er veldokumenteret, for eksempel for elektrochok og neuroleptika.[7] Førende psykiatere anser deres patienter for at være uvidende, men jeg må sige, at deres eget niveau af uvidenhed om deres eget speciale er forbløffende.

Ligesom Kessing argumenterede Videbech for, at behandling med depressionspiller kan være livslang, f.eks. hvis depressionen optræder efter 50-årsalderen. Jeg har aldrig hørt om nogen pålidelig videnskabelig dokumentation til støtte for dette.

I 2018 skrev en patient i Kristeligt Dagblad:[44] "Da en psykiater nogle år senere skiftede mit præparat, "virkede" det ved, at jeg tog omkring 20 kilo på. Da jeg ville ud af medicinen, stak han mig den gængse løgn: at jeg havde en kemisk ubalance og brug for pillerne. Så jeg fortsatte … Min mor har altid sagt, "gå ej til bageren efter kød". Og at gå til en medicinsk uddannet læge i håbet om at få svar på sjælelige problemer er præcis det".

Efterfølgende hjalp min ph.d.-studerende Anders Sørensen ham med at trappe ud af medicinen.

Hvorfor er vi henvist til at lytte til patienterne og ikke til psykiaterne, hvis vi vil kende sandheden om psykofarmaka og elektrochok?[4,23] En dansk patient kunne ikke engang huske de mest almindelige ting, såsom navnet på

den danske hovedstad, efter at hun havde fået elektrochok.[23] Hun er permanent og alvorligt hjerneskadet af elektrochok, som hun aldrig skulle have haft, men hun fik at vide, at det var hendes "sygdom", selvom hun ikke havde nogen psykiatrisk lidelse; hun var blevet seksuelt misbrugt som barn. Hendes bog er en skræmmende beretning om stort set alt, der er galt i psykiatrien,[23] ligesom bogen om en ung kvinde, psykiaterne dræbte på Amager med neuroleptika (se kapitel 4).[4,45]

Før jeg kommer til spørgsmålet, om psykofarmaka har specifikke, værdifulde virkninger, i tråd med doktrinen om biologisk psykiatri, skal jeg udsætte ideen om en kemisk ubalance for lidt logik.

Hvis et underskud af serotonin er årsagen til depression, og et lægemiddel, der øger serotonin, virker på depression, ville vi ikke forvente, at et lægemiddel, der sænker serotonin, virker på depression. Ikke desto mindre er dette tilfældet, f.eks. for tianeptin.[2,3] Mere generelt ser det ud til, at næsten alt, der giver bivirkninger, hvilket al medicin gør, "virker" på depression,[8] inklusive adskillige medikamenter, der ikke øger serotonin, f.eks. mirtazapin. Dette og andre beviser, jeg skal diskutere nedenfor, peger på, at depressionspiller ikke virker på depression. Patienterne synes, de bliver hjulpet af dem, fordi de kan mærke, at der sker noget i deres krop, og psykiaterne narrer sig selv.

Hvis et underskud af serotonin er årsagen til depression, skulle mus, der af genetiske årsager slet ikke har serotonin i hjernen, være alvorligt deprimerede, men de opfører sig ligesom andre mus.[46]

Hvis et underskud af serotonin er årsagen til depression, burde depressionspiller virke temmelig hurtigt, fordi monoaminniveauerne i hjernen øges 1-2 dage efter behandlingsstart.[47] Det gør de ikke. Forbedringen kommer gradvis med meget lille forskel mellem medicin og placebo, og uanset om de får medicin eller placebo, tager det normalt uger, før patienterne kan mærke, at deres depression er lettet.[4,48]

Hvis depressionspiller virker ved at øge niveauet af serotonin, ville vi ikke forvente, at de virker på sygdomme, der aldrig er blevet hævdet at have noget at gøre med serotoninmangel, f.eks. social fobi.[47] Da min forskningsgruppe gennemgik de diagnoser, der var blevet undersøgt i placebokontrollerede forsøg med depressionspiller, optalte vi 214 unikke diagnoser, ud over depression og angst.[49] Forsøgene blev drevet af kommercielle inter-

esser med fokus på udbredte sygdomme og daglige problemer i en sådan grad, at ingen kan leve et fuldt liv uden at opleve flere af de problemer, som disse lægemidler blev testet for. Vi konkluderede, at depressionspiller er den moderne udgave af Aldous Huxleys somapille, der har til formål at gøre alle glade i "Fagre nye verden".

I 1996 påpegede Steven Hyman, tidligere direktør for US National Institute of Mental Health, at depressionspiller ikke korrigerer en kemisk ubalance i hjernen, men tværtimod skaber en kemisk ubalance.[50] Dette er grunden til, at så mange mennesker kæmper med at komme ud af psykofarmaka (se kapitel 4). Myten om den kemiske ubalance er meget skadelig af andre grunde. Den får folk til at tro, at der er noget alvorligt galt med dem, og nogle gange får de endda at vide, at det er arveligt. Resultatet er, at patienterne frygter, hvad der ville ske, hvis de stoppede med medicinen, selvom de trapper langsomt ud. På samme måde overbeviser myten læger om, at de er i deres gode ret til at overtale deres patienter til at tage medicin, de ikke bryder sig om eller er bange for.

Lægemiddelindustrien og dets betalte allierede i den psykiatriske profession har forrådt hele verden, og opskriften er enkel. Du tager et lægemiddel og finder ud af, at det øger X, f.eks. serotonin, eller sænker Y, f.eks. dopamin. Derefter opfinder du en hypotese om, at de mennesker, du behandler, mangler X eller producerer for meget Y. Der er intet galt med at opfinde hypoteser. Sådan fungerer videnskaben. Men når din hypotese bliver gendrevet gang på gang, uanset hvad du gør, og hvor genial du er, og hvor meget du manipulerer med dit forsøgsdesign og dine data, så er det på tide at begrave hypotesen for altid.

Det vil ikke komme til at ske. Myten om den kemiske ubalance er ikke et spørgsmål om videnskab, den handler om penge, prestige og lavsinteresser.

Kan du forestille dig en kardiolog, der siger: "Du har en kemisk ubalance i hjertet, så du er nødt til at tage dette medikament resten af dit liv", uden at ane, hvad hun taler om?

Er virkningerne af psykoaktive stoffer specifikke og værdifulde?

Psykiaterne siger hele tiden, at de bruger medikamenter med specifikke

virkninger, der er lige så effektive som mange andre medikamenter, f.eks. brugt til reumatiske smerter og astma.

For mange psykofarmaka ved vi, hvilken hovedreceptor i hjernen de er rettet imod, hvilket resulterer i blokering eller forbedring af effekten af en bestemt neurotransmitter, f.eks. serotonin, dopamin eller gamma-aminosmørsyre (GABA).

Det ligner en specifik effekt, som insulin til diabetes, men det er det ikke. Hvis dit blodsukker er meget højt, kan du ende i hyperglykæmisk koma, hvilket kan føre til permanent hjerneskade og død. Men hvis du behandles med insulin, intravenøse væsker og elektrolytter, vil du normalt komme dig fuldstændig. Effekten er dramatisk og hurtig.

Antibiotika er også yderst specifikke behandlinger. Du kan blive dødeligt syg, hvis du er inficeret med streptokokker, men kan komme dig inden for en time eller to, hvis du får penicillin.

Psykofarmaka interagerer med flere receptorer, og der er receptorer andre steder i kroppen uden for hjernen. Mere end hundrede neurotransmittere er blevet beskrevet, og hjernen er et meget kompliceret system, der gør det umuligt at vide, hvad der vil ske, når du forstyrrer dette system med et lægemiddel.

Det er afslørende at se, hvad der sker, når mennesker udsættes for psykofarmaka og andre hjerneaktive stoffer. Der er bemærkelsesværdige ligheder, uanset hvilken medicin eller stof vi bruger, hvad enten det er receptpligtig medicin, narkotika købt på gaden, alkohol eller opium. Almindelige effekter er mangel på følelser, følelsesmæssig ligegyldighed, døsighed, manglende kontrol over dine tanker, manglende omsorg for dig selv og andre og nedsat eller manglende evne til at have sex og blive forelsket.

Psykoaktive stoffer ændrer din hjerne, og hvis du pludseligt holder op med at tage et stof, er abstinenssymptomerne også bemærkelsesværdigt ens, uanset hvilket stof det er. Der er også forskelle, men det er indlysende, at psykofarmaka ikke har specifikke effekter. Hvis du giver dem til raske frivillige eller dyr, vil de opleve de samme uspecifikke virkninger, som patienterne gør. Dette er ikke tilfældet for specifikke lægemidler. Hvis du giver penicillin til en rask person, får personen det ikke bedre og vil sandsynligvis ikke føle noget som helst.

Vi har mange specifikke lægemidler, der kan øge overlevelsen. Antibiotika, blodtryksmedicin, streptokinase mod hjerteanfald, aspirin til

forebyggelse af nye hjerteanfald, koagulationsfaktorer til mennesker med arvelige koagulationsdefekter, vitaminer til mennesker med alvorlig vitaminmangel, skjoldbruskkirtelhormoner til myxødem og meget andet.

Psykofarmaka kan ikke helbrede nogen, kun dæmpe deres symptomer, og de har mange skadelige virkninger. De redder heller ikke liv; de dræber. Jeg har vurderet, baseret på den bedste videnskab, jeg kunne finde, at psykofarmaka er den tredjehyppigste dødsårsag efter hjertesygdomme og kræft.[4] Måske er det ikke helt så galt, men der er ingen tvivl om, at de dræber hundredtusindvis hvert år. Jeg har estimeret, at blot et enkelt neuroleptikum, olanzapin (Zyprexa), havde dræbt 200.000 patienter frem til 2007.[51] Hvad der er særlig trist er, at langt de fleste af disse patienter aldrig burde have været behandlet med Zyprexa.

Er det noget, psykiaterne gerne vil høre om? Nej. I oktober 2017 holdt jeg to inviterede foredrag på Verdenspsykiatriforeningens 17. verdenskongres i Berlin. Da jeg talte om ”Udtrapning af psykofarmaka”, var der omkring 150 psykiatere i salen. Femten minutter senere talte jeg om, ”Hvorfor er psykofarmaka den tredjehyppigste dødsårsag efter hjertesygdom og kræft?”. Tre psykiatere ud af de over 10.000 på kongressen deltog, og de nægtede at give interviews og undgik omhyggeligt at blive filmet af det dokumentarfilmhold, der fulgte mig, som om de var på vej til at se en pornofilm.

Det første folk bemærker, når de begynder at tage et psykofarmakon, er dets skader. Kun få mennesker vil ikke opleve nogen skader. Den åbenlyse reaktion på dette ville være at fortælle din læge, at du ikke ønsker at tage medicinen. Men - ifølge psykiatriens manuskript - vil din læge overtale dig til at fortsætte, og du får at vide, at det tager nogen tid, før effekten sætter ind, og at skaderne - som læger kalder bivirkninger, fordi det lyder pænere - vil blive mindre fremtrædende med tiden.

Så du fortsætter. Selv når du har fået det godt, hvilket ville være sket i de fleste tilfælde, også uden medicin, vil din læge insistere på - i henhold til retningslinjer baseret på stærkt upålidelige studier, som ofte er skrevet af læger på industriens lønningsliste[4] - at du skal fortsætte yderligere nogle måneder, undertiden år, eller i resten af dit liv.

I deres artikel ”Helbreder antidepressiva eller skaber de unormale tilstande i hjernen?”, forklarer Joanna Moncrieff og David Cohen, hvorfor

den sygdomscentrerede model for lægemiddelhandling, der antager, at lægemidler afhjælper biologiske abnormiteter, er forkert.[52] En medicincentreret model er langt mere plausibel. I denne model, som ikke er en model, men bare er ren og skær virkelighed, skaber psykoaktive stoffer unormale tilstande, der undertiden kan lindre nogle symptomer. Alkohols frigørende virkning kan muligvis lindre symptomer på social fobi, men det betyder ikke, at alkohol korrigerer en kemisk ubalance, der ligger til grund for social fobi.

Forfatterne hævder, at en sygdomsbaseret model - som insulin til diabetes - kan betragtes som bekræftet, hvis:

patologien for psykiatriske tilstande eller symptomer er påvist uafhængigt af karakteriseringen af lægemiddelvirkningen, og at lægemiddelvirkningen kan forudsiges ud fra denne patologi;

rangskalaer, der bruges til at vurdere lægemiddelvirkningen i kliniske forsøg, pålideligt har påvist ændringer i manifestationerne af en underliggende sygdomsproces snarere end at have påvist medicinvirkninger;

dyremodeller af psykiatriske tilstande har ført til specifikke lægemidler;

lægemidler, der antages at have en specifik virkning til visse tilstande, blev vist at være bedre end lægemidler, der antages at have ikke-specifikke virkninger;

raske frivillige fremviste forskellige eller fraværende virkningsmønstre sammenlignet med diagnosticerede patienter, idet lægemidler kun forventes at udøve deres terapeutiske virkning i et unormalt nervesystem; og

den udbredte anvendelse af angiveligt sygdomsspecifikke medikamenter førte til påviselige forbedringer på kort eller langt sigt ved psykiatriske lidelser.

Intet af dette er tilfældet for psykofarmaka. I en cirkulær form for logik blev monoaminteorien om depression formuleret primært som svar på, at de først markedsførte depressionspiller øgede monoaminniveauerne i hjernen. Monoaminer inkluderer serotonin, dopamin og noradrenalin, men der er ikke noget, der tyder på, at der er en monoaminabnormalitet ved depression.

Depressionsskalaer, f.eks. Hamilton-skalaen,[53] indeholder symptomer, der ikke er specifikke for depression, herunder søvnproblemer, angst, agitation (ophidselse) og somatiske klager. Disse symptomer mindskes sandsynligvis af de ikke-specifikke, beroligende virkninger, som mange depressionspiller og andre stoffer har, f.eks. alkohol, opium og neuroleptika, som

så også kan betragtes som depressionspiller, men vi ordinerer ikke alkohol eller morfin til personer med depression eller kalder dem depressionspiller.

Ved hjælp af Hamilton-skalaen kunne endda stoffer som kokain, ecstasy, amfetamin og ADHD-medicin betragtes som depressionspiller. Næsten alt kunne. Faktisk har mange medikamenter, der ikke betragtes som depressionspiller, sammenlignelige virkninger, f.eks. benzodiazepiner (sovepiller), opiater, buspiron, stimulanser, reserpin og andre neuroleptika.[52]

De seneste kraftige stigninger i brugen af depressionspiller har været ledsaget af øget forekomst og varighed af depressive episoder og øget sygefravær.[52] I alle lande, hvor dette forhold er blevet undersøgt, har den øgede brug af psykofarmaka været ledsaget af en stigning i førtidspensioner af psykiske årsager.[3] Dette viser, at psykofarmaka er skadelige.

1 Vi bør alle bidrage til at ændre psykiatriens alvorligt vildledende fortælling.

2 Depressionspiller er den korrekte betegnelse for "antidepressiva", som ikke afgiver nogen løfter.

3 Kraftigt beroligende midler er den korrekte betegnelse "antipsykotika", da det er, hvad medicinen gør, både ved patienter, raske frivillige og dyr. De kan også kaldes neuroleptika, som ikke afgiver nogen løfter.

4 Beroligende midler er den korrekte betegnelse for "angstmidler", da det er, hvad medicinen gør, både ved patienter, raske frivillige og dyr.

5 Amfetaminlignende stoffer på recept er den korrekte betegnelse for ADHD-medicin, da de fungerer som amfetamin, og da nogle af dem er amfetamin.

6 "Stemningsstabilisatorer" er som enhjørningen. Da de ikke findes, bør udtrykket ikke bruges.

Upålidelige forsøg har ført psykiaterne på afveje

De rangskalaer, man har brugt i de placebokontrollerede forsøg af psykofarmaka til måling af symptomerne, har fået psykiaterne til at tro, at medicinen fungerer, og at effekten er specifik for den lidelse, der behandles. Sådanne resultater fortæller os imidlertid ikke, om patienterne er blevet helbredt eller kan leve et nogenlunde normalt liv.

Endvidere er virkningerne målt med disse skalaer upålidelige. Stort set hvert eneste placebo-kontrolleret medicinforsøg i psykiatrien er upålideligt.[4,54]

Da forsøgene er upålidelige, er de systematiske gennemgange af forsøgene også upålidelige, og de kliniske retningslinjer er upålidelige. Lægemiddelmyndighederne er ikke tilstrækkeligt opmærksomme på dette, og derfor er medicingodkendelsesprocessen også mangelfuld. Myndighederne beder ikke engang firmaerne om at udlevere de mange manglende data eller bilag, som ifølge de indholdsfortegnelser, virksomhederne fremsender, skulle have været inkluderet i deres ansøgninger.[55]

Kold tyrker i placebogruppen

I langt de fleste forsøg var patienterne allerede i behandling med et lægemiddel svarende til det, der blev testet mod placebo. Efter en kort udvaskningsperiode uden dette lægemiddel, randomiseres (fordeles tilfældigt) patienterne til det nye lægemiddel eller placebo. Der er tre hovedproblemer med dette design.

For det første har de patienter, der rekrutteres til forsøgene, ikke reageret alt for negativt på at få et sådant lægemiddel før.[52] De vil derfor sandsynligvis ikke reagere negativt på det nye lægemiddel, hvilket betyder, at forsøgene undervurderer skaderne af psykofarmaka.

For det andet vil patienter, der har tålt et psykofarmakon tidligere, sandsynligvis reagere mere negativt på at blive randomiseret til placebo, end hvis de ikke havde været i behandling før. Dette skyldes, at psykofarmaka har en lang række virkninger, hvoraf nogle kan opfattes som positive, f.eks. eufori eller følelsesmæssig bedøvelse.

For det tredje bliver nogle af patienterne i placebogruppen skadet af den kolde tyrker, de udsættes for. Det er derfor ikke overraskende, at det nye

lægemiddel ser ud til at være bedre end placebo. Brug af længere udvaskningsperioder fjerner ikke dette problem. Hvis folk er blevet permanent hjerneskadet, inden de deltager i forsøgene, kan udvaskningsperioder ikke kompensere for det, og selvom det ikke er tilfældet, kan de lide af abstinenssymptomer i måneder eller år.[7,56,57]

Tusinder af forsøg med neuroleptika er blevet gennemført, men da min forskningsgruppe for nylig søgte efter placebokontrollerede forsøg ved psykose, der kun omfattede patienter, der ikke havde fået et sådant lægemiddel tidligere, fandt vi kun ét forsøg.[58] Det var fra Kina og så ud til at være svindel. Således var alle placebokontrollerede, randomiserede forsøg med neuroleptika hos patienter med skizofrenispektrumforstyrrelser upålidelige, hvilket betyder, at brugen af neuroleptika ikke kan berettiges på baggrund af den forskning, vi har i øjeblikket.[4]

Det første forsøg, der ikke var upålideligt, blev offentliggjort den 20. marts 2020,[59] 70 år efter opdagelsen af det første neuroleptikum, chlorpromazin, som Rhône-Poulenc markedsførte i 1953 under navnet Largactil, hvilket betyder bred aktivitet.

Selv 70 år var imidlertid ikke nok til, at psykiaterne kom til fornuft. De var endnu ikke parate til at drage konsekvenserne af deres resultater, hvilket deres resumé viser:[59]

”gruppeforskellene var små og klinisk ubetydelige, hvilket peger på, at behandling med placebomedicin ikke var mindre effektiv end konventionel antipsykotisk behandling (middelforskel = -0,2; tosidet 95% konfidensinterval -7,5 til 7,0, t = 0,060, p = 0,95). Inden for rammerne af en specialiseret tidlig interventionstjeneste og med en kort varighed af ubehandlet psykose er det muligvis ikke nødvendigt med øjeblikkelig introduktion af antipsykotisk medicin i alle tilfælde af førstegangspsykose for at opnå funktionel forbedring. Imidlertid kan dette fund kun generaliseres til en meget lille andel af FEP-tilfælde [førstegangspsykose] på dette tidspunkt, og der kræves et større forsøg for at afklare, om antipsykotikum-fri behandling kan anbefales til specifikke undergrupper af dem med FEP”.

Jeg har oversat, hvad dette betyder for de af os, der ikke har lavsinteresser at forsvare:

”Vores forsøg var lille, men det er unikt, fordi det kun omfattede patienter, der ikke var blevet behandlet med et neuroleptikum før. Vi fandt, at neuroleptika ikke er nødvendige til patienter med ubehandlet psykose. Dette

er et stort fremskridt for patienterne, da disse lægemidler er meget giftige og gør det vanskeligt for dem at vende tilbage til et normalt liv. Baseret på al den evidens vi har, kan brugen af neuroleptika ved psykose ikke berettiges. Neuroleptika bør kun bruges i placebokontrollerede randomiserede forsøg med patienter, der ikke har fået dem før".

Forfatterne af en Cochrane-oversigt fra 2011 af neuroleptika til skizofreni påpegede, at den eksisterende evidens ikke støtter en konklusion om, at antipsykotisk behandling i en akut, tidlig episode af skizofreni er effektiv.[60] Dette er en af de meget få Cochrane-oversigter af psykofarmaka, man kan stole på.[4,54] Der er enorme problemer med de fleste Cochrane-oversigter, f.eks. inkluderer Cochrane-oversigter ved skizofreni rutinemæssigt forsøg i en metaanalyse (en statistisk oversigt over resultaterne af flere forsøg), hvor halvdelen af dataene mangler.[4] Dette er skrald ind, skrald ud med et pænt lille Cochrane-logo på , som Tom Jefferson sagde i et interview i artiklen "Cochrane - et synkende skib?".[61]

For at finde ud af, hvor længe patienterne skal tilrådes at fortsætte med at tage deres medicin, er der udført såkaldte vedligeholdelsesforsøg, også kaldet ophørsforsøg. Disse forsøg er stærkt vildledende på grund af kold tyrker effekter. En stor metaanalyse af 65 placebokontrollerede forsøg fandt, at kun tre patienter skulle behandles med neuroleptika for at forhindre ét tilbagefald efter et år.[62] Det ser meget imponerende ud, men resultatet er totalt upålideligt. Den tilsyneladende nytte ved fortsat behandling med neuroleptika faldt over tid og var tæt på nul efter tre år. Det, man så efter et år, var således iatrogen skade, der blev beskrevet som en gavnlig effekt.

Når opfølgningen er længere end tre år, viser det sig, at ophør med neuroleptika er at foretrække. Der findes kun ét velplanlagt og godt gennemført ophørsforsøg, som er fra Holland. Det har syv års opfølgning, og patienter, der fik mindsket deres doser eller helt ophørte med at tage medicinen, klarede sig langt bedre end dem, der fortsatte med at tage neuroleptika: 21 ud af 52 (40%) mod 9 af 51 (18%) var kommet sig efter deres første skizofreniepisode.[63]

Førende psykiatere tolker vedligeholdelsesforsøg af neuroleptika og depressionspiller på den måde, at disse lægemidler er meget effektive til at forebygge nye episoder af henholdsvis psykose og depression,[4] og at pati-

enterne derfor bør fortsætte med at tage medicinen i årevis eller endda i resten af livet.

Danske forskere forsøgte at gentage det hollandske forsøg, men måtte opgive det, fordi patienterne var bange for, hvad der ville ske, hvis de ikke fortsatte med at tage deres medicin. En psykiater, der var involveret i det kuldsejlede forsøg, fortalte mig om en nyt ophørsforsøg, fra Hong Kong, som lige var blevet publiceret.[64] Forskerne behandlede førstegangspatienter med quetiapin (Seroquel) i to år; afbrød behandlingen hos halvdelen af patienterne ved at indføre placebo; og meddelte resultaterne efter ti år. De fandt, at et dårligt klinisk resultat forekom hos 35 (39%) af de 89 patienter i ophørsgruppen og hos kun 19 (21%) af de 89 patienter i gruppen med vedligeholdelsesbehandling.

Jeg fik øjeblikkelig mistanke om, at forsøget måtte være manipuleret, fordi dette resultat var præcis det modsatte af det hollandske resultat, og at psykiaterne havde trappet alt for hurtigt ud af medicinen og havde givet patienterne en kold tyrker. Da der ikke stod noget om deres udtrapning i artiklen, fandt jeg en tidligere publikation, af resultaterne efter kun tre år.[65] Der var overhovedet ingen udtrapning; alle de patienter, der var randomiseret til placebo, fik en kold tyrker.

Tiårs-rapporten var meget afslørende: ”En post-hoc-analyse tydede på, at de negative følger af tidligt ophør delvist skyldtes tidligt tilbagefald i den 1-årige periode efter ophør af medicinen.”[64]

Forskerne definerede et dårligt resultat som enten vedvarende psykotiske symptomer, behov for clozapinbehandling eller selvmord. De kaldte deres forsøg dobbeltblindt, men det er umuligt at opretholde blindingen i et forsøg med kold tyrker symptomer, og det er meget subjektivt, om der er nogen psykotiske symptomer, og om der skal gives clozapin. Jeg er meget mere interesseret i, om patienterne vender tilbage til et normalt liv, og en tabel viste, at efter ti år var 69% af dem, der fortsatte med at tage deres medicin, i arbejde, mod 71% i kold tyrker gruppen, hvilket er et ganske bemærkelsesværdigt resultat i betragtning af de iatrogene skader, lægerne påførte sidstnævnte gruppe.

Jeg betragter dette forsøg som groft uetisk, fordi nogle patienter begår selvmord, når de får en kold tyrker. Robert Whitaker har påvist, at dette forsøgsdesign er dødeligt.[1,66] En ud af hver 145 patienter, der deltog i forsøgene med risperidon (Janssen), olanzapin (Eli Lilly), quetiapin (Astra-

Zeneca) og sertindol (Lundbeck) døde, men ingen af disse dødsfald blev nævnt i den videnskabelige litteratur, og FDA krævede ikke, at de blev nævnt. Selvmordsraten i disse kliniske forsøg var 2-5 gange højere end sædvanligt.

Det er ikke så underligt, at AstraZeneca, der sælger quetiapin, gerne ville finansiere et forsøg i Hong Kong, der var groft manipuleret til fordel for deres medicin.[64]

Forskernes forsøg på at forklare, hvad de fandt, er ynkelig. De skrev, at deres resultat i forsøgets tredje år tydede på, at "der kan være et tidsvindue eller en kritisk periode, hvor et tilbagefald kan ændre det fortsatte forløb". Sandsynligheden for eksistensen af et sådant tidsvindue mellem år to og tre er nul. Da det er meget forskelligt, hvornår eller hvis en patient får tilbagefald, kan der ikke eksistere et sådant tidsvindue. Psykiaterne skadede bevidst halvdelen af deres patienter, men de konkluderede, at de ikke gjorde noget galt, og at deres patienter eller deres sygdom eller et ”tidsvindue” har skylden.

Manglende blinding

På grund af de mærkbare bivirkninger af psykofarmaka er forsøg, der kaldes dobbeltblinde, ikke dobbeltblinde. Mange patienter - og deres læger - ved, hvem der får medicin, og hvem der får placebo.[4] Der skal ikke meget blindingsbrud til i et forsøg, før de små registrerede forskelle kan forklares fuldt ud ved hildethed ved resultatvurderingen på en subjektiv rangskala.[4]

I forsøg, der antages at være dobbeltblinde, kan forskere beskrive positive effekter, der kun findes i deres fantasi. Dette skete i et berømt forsøg, der blev finansieret af US National Institute of Mental Health i 1964, som stadig citeres meget som bevis for, at neuroleptika er effektive. Det var et forsøg med 344 nyligt indlagte patienter med skizofreni, der blev randomiseret til phenothiaziner som chlorpromazin eller til placebo.[67] Forskerne skrev, uden at give nogen numeriske data, at lægemidlerne reducerede apatien og gjorde muskelbevægelserne mindre forsinkede, det nøjagtigt modsatte af hvad disse stoffer gør ved mennesker, hvilket psykiaterne havde indrømmet et årti tidligere.[3] Forskerne hævdede, der var en enorm virkning på socialt engagement (effektstørrelse 1,02), og at lægemidlerne gjorde patienterne mindre ligeglade med omverdenen (effektstørrelse 0,50). Medicinen

gør det modsatte. De hævdede også, uden data, at 75% mod 23% blev markant eller moderat bedre og foreslog, at lægemidlerne ikke længere skulle kaldes beroligende midler, men antiskizofrene midler. Deres forsøg bidrog til at skabe en fejlagtig forestilling om, at skizofreni kan helbredes med medikamenter, og at neuroleptika bør tages hele livet.[1]

Neuroleptika har ikke klinisk relevante virkninger på psykose. På trods af de formidable skævvridninger - kold tyrker, manglende blinding og industrifinansiering, der kan indebære tortur af dataene, indtil de tilstår,[4,51] - har de offentliggjorte resultater været meget dårlige.[4] Den mindste klinisk relevante virkning svarer til ca. 15 point på Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS),[68] som ofte anvendes i forsøgene. Alligevel så var det, man fandt og indsendte til FDA (den amerikanske lægemiddelstyrelse) i de placebokontrollerede forsøg af nyere neuroleptika, kun 6 point[69] - selvom scoren let kan forbedres, når nogen bliver strakt til jorden af et beroligende middel og udtrykker unormale ideer sjældnere.[9]

Depressionspiller fungerer heller ikke. Den mindste effekt, der kan opfattes på Hamilton-skalaen er 5-6,[70] men man opnår kun 2 i skævvredne forsøg.[71,72]

Nogle metaanalyser har fundet, at virkningen af depressionspiller er større, hvis patienterne er svært deprimerede,[71,73,74] og pillerne anbefales i reglen til svær og undertiden også til moderat depression. Virkningerne er imidlertid meget små for alle sværhedsgrader af depression, f.eks. 2,7 for patienter med en Hamilton-score over 23, der betragtes som meget svær depression,[74] og 1,3 for lettere grader.[71] Desuden er det sandsynligvis bare et matematisk artefakt, at virkningen ser ud til at være lidt større ved svær depression.[75] Eftersom scoren ved svær depression er større end ved let depression, vil enhver skævhed påvirke det målte resultat mere hos patienter med svær depression end hos dem med let depression. Hvis vi antager, at skævheden ved blindingsbrud er 10%, når vi estimerer virkningen i lægemiddelgruppen, og at der ikke er nogen skævhed i placebogruppen og ingen forbedring mellem indgang i forsøget og det sidste besøg, vil en Hamilton-score på 25 stadig være 25 efter behandlingen. Men på grund af skævheden, ville der være en 2,5-point forskel mellem medicin og placebo. Hvis scoren ved indgang i forsøget er 15, ville denne forskel kun være 1,5.

Den lille effekt af depressionspiller, der er målt i upålidelige forsøg, forsvinder, hvis placebo indeholder atropin, som har lignende bivirkninger

som pillerne, f.eks. mundtørhed.[76] Sådanne forsøg blev gennemført for mange år siden, da depressionspillerne var tricykliske antidepressiva. Mange psykiatere mener, at de er mere effektive end de nyere depressionspiller (men også mere farlige, hvorfor de sjældent bruges). På trods af dette svarede effekten i syv forsøg med atropin i placeboen til kun 1,3 på Hamilton-skalaen.[76] ”Virkningen” af de nyere lægemidler er omkring 2,3, eller næsten dobbelt så meget.[71,72]

Det er meget let at få næsten ethvert stof med bivirkninger til at “virke” på depression, inklusive stimulanser.[77] Tre af de 17 punkter på Hamilton-skalaen handler om søvnproblemer, og det spørgsmål alene kan give seks point på skalaen,[53] eller tre gange så meget som “effekten” i de upålidelige forsøg. Og hvis en person går fra maksimal angst til ingen angst, kan der optjenes otte point.

Irrelevante effektmål

Hvad ønsker læger at opnå med medicin? Frem for alt at undgå selvmord og dødsfald af andre årsager. Desuden at få patienterne tilbage til et normalt liv med gode sociale kontakter.

Nogle gange kan dette ikke opnås. De fleste patienter, der får en depressionsdiagnose, lever et deprimerende liv, f.eks. er de gift med den forkerte, bliver mobbet af chefen, har et kedeligt job eller en kronisk sygdom, og det er næppe lægernes opgave at forsøge at få dem ud af sådanne problemer. Der er desuden ingen piller mod dem, men disse mennesker får ikke desto mindre rutinemæssigt udskrevet depressionspiller, der ses som ”løsningen” på livets modgang.

En score på en rangsskala fortæller os ikke, om patienten har det godt. Over tusind placebokontrollerede forsøg med depressionspiller er blevet udført, men jeg har ikke set et eneste, der målte, om patienterne blev *helbredt* af et lægemiddel, dvs. om de kom tilbage til et normalt produktivt liv. Hvis der havde eksisteret sådanne forsøg, ville vi have kendt til dem. Medmindre de viste, at medicinen gjorde ondt værre og derfor blev begravet i virksomhedernes arkiver.[4]

I henhold til den Amerikanske Psykiaterforenings sygdomsmanual, DSM-5, er det depression, når patienten udviser 5 eller flere ud af 9 symptomer, der "forårsager klinisk betydelig lidelse eller svækkelse i sociale,

erhvervsmæssige eller andre vigtige funktionsområder". I betragtning af, hvordan sygdommen er defineret, giver det ingen mening, at lægemiddelforsøg ikke bruger disse effektmål.

Et forsøg med sådanne effektmål var ikke i orden, fordi det var et ophørsforsøg, der kun fortalte os, at den kolde tyrker, som psykiaterne skadede patienterne med, var større for nogle lægemidler end for andre.[78] Det var ikke overraskende, at patienter på fluoxetin (sponsorens, Eli Lillys produkt) kunne udholde en kort behandlingsafbrydelse, hvor patienterne fik placebo, fordi dette lægemiddel har en aktiv metabolit med en meget lang halveringstid. Paroxetin har en kort halveringstid, og allerede efter man havde udeladt en enkelt dosis, var der en statistisk signifikant stigning i skader, som blev værre i løbet af de næste fem dage.

Lillys forsøg var groft uetisk. Abstinenssymptomerne efter ophør med paroxetin var alvorlige, hvilket var forventet baseret på kliniske observationer, og et tidligere lignende forsøg, også sponsoreret af Lilly.[79] Patienterne oplevede ”en statistisk signifikant forværring af kvalme, usædvanlige drømme, træthed eller udmattelse, irritabilitet, ustabilt eller hurtigt skiftende humør, koncentrationsbesvær, muskelsmerter, følelse af anspændthed, kulderystelser, søvnproblemer, agitation og diarré under placebo-substitutionen”.[78] I Lillys tidligere forsøg[79] fik ca. en tredjedel af patienterne på paroxetin eller sertralin forværret humør, blev irritable og agiterede, og havde en stigning i Hamilton-scoren på mindst otte, hvilket er forskellen mellem at være let deprimeret og svært deprimeret.[74]

Lilly ofrede patienterne for at opnå en markedsføringsfordel. Mange patienter led af abstinensdepression forårsaget af det grusomme forsøgsdesign, og de forskellige skader, de fik, øger risikoen for selvmord, vold og mord.[4] Dette var kendt, længe før forsøget blev gennemført.[2,4,80]

Det var ikke overraskende, at ”Patienter behandlet med paroxetin havde en statistisk signifikant forringelse af funktionen på arbejdspladsen, i relationer og sociale aktiviteter, og i den samlede funktion.”[78]

1 Hvis du bliver bedt om at deltage i et klinisk forsøg med et psykofarmakon, skal du undersøge meget nøje, hvad det handler om, og om det er etisk acceptabelt.

2 Bed lægen om al dokumentation, inklusive hele forsøgsprotokollen og ”investigator's brochure”, som muligvis er det eneste sted, hvor skaderne er oplistet, også fra dyreforsøg.

3 Vær opmærksom på interessekonflikter. Vil lægen eller afdelingen drage økonomisk fordel af at gennemføre forsøget?

4 Vil rådata i anonymiseret form blive stillet til rådighed for lægerne og uafhængige forskere, så de kan lave deres egne analyser? Vil alle patienter, der beder om det, få disse data?

5 Sørg for, at du får en skriftlig bekræftelse, inden du træffer en beslutning. Hvis dataene ikke bliver gjort tilgængelige, eller din læge bliver utilpas, når du spørger, skal du nægte at deltage og offentliggøre dine oplevelser for at afskrække dårlig forskningspraksis og advare andre patienter.

Selvmord, andre dødsfald og andre alvorlige skader

Det er en velbevaret hemmelighed, hvor mange mennesker der dræbes af psykofarmaka. Det er blevet skjult på mange måder.

Den nemmeste måde er at feje dødsfaldene ind under gulvtæppet, ”så vi ikke vækker bekymring”, som en forsker fra Merck fik at vide, da han blev sat på plads af sin chef.[51] Forskeren havde vurderet, at en kvinde på Mercks gigtmedicin Vioxx (rofecoxib) var død af et hjerteanfald, men dødsårsagen blev ændret til ukendt, også i Mercks rapport til FDA. Andre pludselige hjertedødsfald på Vioxx forsvandt, før forsøgsresultaterne blev offentliggjort. Da de mange dødsfald ikke længere kunne skjules, trak Merck Vioxx tilbage fra markedet, i 2004. Jeg har skønnet, at Vioxx dræbte

omkring 200.000 mennesker, hvoraf de fleste ikke engang havde brug for medicinen.[51]

Svindel med dødelige konsekvenser er almindelig i lægemiddelforsøg,[4,51] og vores mest prestigefyldte medicinske tidsskrifter, i dette tilfælde *New England Journal of Medicine*, bidrager ofte velvilligt til det ved at offentliggøre upålidelige forsøg og ved ikke at gribe ind, når der er et klart behov for handling for at redde patienternes liv.[51]

Psykiatri er ingen undtagelse. Kun cirka halvdelen af selvmordene og andre dødsfald, der forekommer i psykiatriske lægemiddelforsøg, offentliggøres.[81]

Et andet stort problem er kold tyrker i placebogruppen. Da stort set alle forsøg lider af denne designfejl, undervurderer de, hvor dødbringende psykofarmaka er.

Neuroleptika

Neuroleptika er meget giftige og sandsynligvis de dødeligste af alle psykofarmaka.[4] Da jeg ønskede at finde ud af, hvor dødbringende de er, besluttede jeg at se på ældre, demente patienter. Jeg antog, at få af dem ville være i behandling, før de blev randomiseret, og at der ville være nok patienter til at drage en konklusion, fordi mange af dem dør, uanset om de får medicin eller ej.

Jeg fandt en metaanalyse af placebokontrollerede forsøg ved demens med i alt ca. 5.000 patienter.[82] Efter kun ti uger var 3,5% døde, mens de fik et af de nyere neuroleptika, olanzapin (Zyprexa), risperidon (Risperdal), quetiapin (Seroquel) eller aripiprazol (Abilify), mens 2,3% døde på placebo. For hver 100 mennesker, der blev behandlet i ti uger, blev én patient således dræbt med et neuroleptikum. Det er en ekstremt høj dødelighed af et lægemiddel.

Eftersom halvdelen af dødsfaldene gennemgående mangler i offentliggjort forskning,[81] opsøgte jeg de tilsvarende FDA-data baseret på de samme lægemidler og forsøg. Som forventet var nogle dødsfald udeladt fra publikationerne, og dødsraterne var nu 4,5% mod 2,6%, hvilket betyder, at neuroleptika dræber to patienter ud af 100 på kun ti uger.[83]

Jeg fandt også en finsk undersøgelse af 70.718 mennesker, nyligt diagnosticeret med Alzheimers sygdom, der fandt, at neuroleptika dræbte 4-

5 mennesker om året sammenlignet med patienter, der ikke blev behandlet.[84] Hvis patienterne fik to eller flere neuroleptika samtidig, var dødsrisikoen øget med 57%. Da dette ikke var et randomiseret forsøg, er resultaterne ikke fuldt pålidelige, men samlet set påviser disse studier en så høj dødsrate, at jeg ikke kan huske at have set et andet lægemiddel, som patienterne ikke har brug for, som er så dødbringende.

Kan vi ekstrapolere disse resultater til unge mennesker med skizofreni? Ja. I et evidensbaseret sundhedsvæsen baserer vi vores beslutninger på de bedst mulige beviser. Dette betyder de mest pålidelige beviser, som er dataene lige ovenfor. Da der ikke findes andre pålidelige beviser, bliver vi nødt til at antage, at neuroleptika også er meget dødbringende for unge mennesker. Vi bør derfor ikke bruge neuroleptika til nogen som helst, også fordi en effekt på psykosen aldrig er blevet påvist i pålidelige forsøg.

Vi behøver ikke at gå længere, men det kunne alligevel være interessant. I følge FDA var de fleste af dødsfaldene hos de demente patienter enten hjerte-kar-dødsfald (f.eks. hjertesvigt eller pludselig død) eller infektiøse (f.eks. lungebetændelse).[83] Unge på neuroleptika dør også ofte af hjerte-kar-årsager og pludseligt. Og jeg ville forvente, at nogle af dem dør af lungebetændelse. Neuroleptika og tvangsindlæggelse i en lukket afdeling gør folk inaktive. Når de ligger stille i sengen, øges risikoen for lungebetændelse. Depressionspiller, beroligende midler/ sovemedicin og antiepileptika øger også risikoen for lungebetændelse. Desuden er en lukket psykiatrisk afdeling ikke en afdeling for intern medicin, og hvis en patient udvikler lungebetændelse, mens han ligger zombie-lignende i sin seng, bliver den måske ikke bemærket.

Psykiatere er ganske klar over - og har ofte skrevet om det - at levetiden for patienter med skizofreni er 15 år kortere end for andre mennesker, men de skyder ikke skylden på deres medicin eller dem selv, men på patienterne.[84] Det er rigtigt, at disse mennesker har en usund livsstil og måske er stofmisbrugere, især af tobak. Men det er også sandt, at noget af dette er en følge af de medikamenter, de får. Nogle patienter siger, at de ryger, fordi det modvirker nogle af skaderne af neuroleptika, hvilket er korrekt, fordi tobak øger dopamin, mens medicinen reducerer dopamin.

Det er også uomtvisteligt, at neuroleptika dræber nogle patienter med skizofreni, fordi de kan forårsage enorme vægtstigninger, forhøjet blodtryk og diabetes, men hvor almindeligt er det?

Da jeg forsøgte at finde ud af, hvorfor unge med skizofreni dør, blev jeg mødt af en vejspærring, nøje bevogtet af psykiaterlavet. Det er en af de mest velbevarede hemmeligheder om psykiatri, at psykiatere dræber mange af deres patienter med neuroleptika. Jeg beskrev mine oplevelser med vejspærringen i 2017 på hjemmesiden Mad in America, "Psykiatrien ignorerer elefanten i rummet",[85] men de efterfølgende begivenheder var endnu værre.

Store kohorteundersøgelser af en serie af mennesker med førstegangspsykose giver en unik mulighed for at finde ud af, hvorfor patienterne dør. Da der er for lidt information i disse undersøgelser eller slet ingen information om dødsårsagerne, bliver man nødt til at spørge.

TIPS-studiet, hvor 12% af patienterne døde på kun 10 år

I 2012 publicerede Wenche ten Velden Hegelstad og 16 kolleger 10-årige opfølgningsdata for 281 patienter med en førstegangspsykose (TIPS-studiet).[86] Selv om deres gennemsnitsalder ved indgang i studiet kun var 29 år, døde 31 patienter (12%) på mindre end 10 år. Forfatternes detaljerede artikel handlede imidlertid om bedring af sygdommen og symptomerne.

De interesserede sig overhovedet ikke for alle disse dødsfald, som fremgik af et flowdiagram over patienter, der ikke blev fulgt op, og de kommenterede ikke på dem i artiklen.

I teksten nævnte de kun 28 dødsfald (11%), så det var ikke engang klart, hvor mange der døde. I marts 2017 skrev jeg til Hegelstad og spurgte om dødsårsagerne. De fleste patienter var stadig på neuroleptika 10 år efter, at de startede, hvilket jeg syntes var meget skræmmende, fordi omkring halvdelen af dem ville have udviklet tardiv dyskinesi (en frygtelig bevægelsesforstyrrelse, som ofte er irreversibel, men maskeres af igangværende behandling), og fordi mange, hvis ikke alle, ville være blevet permanent hjerneskadet på dette tidspunkt.

Jeg sendte en påmindelse ti dage senere og fik at vide, at jeg ville få svar kort efter. To måneder senere skrev jeg igen og nævnte, at det var vigtigt for verden at vide, hvad alle disse unge patienter var døde af. Jeg spurgte også, om vi var nødt til at sende en anmodning om aktindsigt for at få disse oplysninger.

Hegelstad svarede, at de arbejdede på et manuskript med de detaljerede oplysninger, jeg bad om. Artiklen udkom en måned senere i *World Psychia-*

try, men antallet af dødsfald var nu et andet end i deres første artikel, og de oplysninger, jeg havde bedt om, var ikke at se nogen steder.[87]

To måneder senere skrev Robert Whitaker og jeg til redaktøren for *World Psychiatry,* professor Mario Maj, og bad om hans hjælp til at få en unik indsigt i, hvorfor så mange patienter døde så unge. Vi håbede, at han ville sikre, at den viden, som forskerne havde i deres arkiver, blev kendt ved at offentliggøre vores korte læserbrev og ved at bede dem om at svare. "Det ville være en stor hjælp for psykiatrien, patienterne og alle andre med interesse i dette meget vigtige emne".

Vi forklarede i vores brev, at forfatterne havde meddelt, at 16 patienter begik selvmord, 7 døde af utilsigtede overdoser eller andre ulykker og 8 af fysiske sygdomme, herunder 3 af hjertesygdomme:

"For at forsøge at adskille iatrogene dødsårsager fra dødsfald forårsaget af sygdommen, er vi nødt til at vide: Hvornår forekom selvmordene? Selvmord sker ofte tidligt, efter at patienterne har forladt hospitalet,[88] *og de er nogle gange iatrogene. En dansk registerundersøgelse af 2.429 selvmord viste, at sammenlignet med mennesker, der ikke havde modtaget nogen psykiatrisk behandling i det foregående år, var den justerede rate ratio for selvmord 44 for personer, der var indlagt på et psykiatrisk hospital.*[89] *Sådanne patienter vil naturligvis forventes at være i størst risiko for selvmord, fordi de var mere syge end andre (confounding by indication), men fundene var robuste, og de fleste af de potentielle skævheder i undersøgelsen var faktisk konservative, dvs. favoriserede nulhypotesen om, at der ikke var nogen sammenhæng. En lederartikel bemærkede, at der ikke er nogen tvivl om, at selvmord er en følge af både stigmatisering og traumer, og at det er meget plausibelt, at den stigmatisering og de traumer, der er forbundet med psykiatrisk behandling - især hvis den er ufrivillig - kan forårsage selvmord.*[90]

Hvad betyder utilsigtede overdoser og andre ulykker? Overdoserede lægerne, eller overdoserede patienterne sig selv ved en fejltagelse, og hvilke typer ulykker var involveret? Psykofarmaka kan føre til faldulykker, som kan være dødelige, og selvmord fejlkodes undertiden som ulykker.[91]

Det er overraskende, at 8 unge mennesker døde af fysisk sygdom. Hvad var disse sygdomme helt nøjagtigt, og hvad var hjerte-kar-sygdommene? Hvis nogle af disse mennesker pludselig falder døde om, kan det skyldes, at antipsykotika kan forårsage forlængelse af QT-intervallet".

Otte dage senere skrev Maj til os, at "desværre, selv om det er et interessant bidrag, konkurrerer det ikke succesrigt om en af de pladser, vi har til rådighed i tidsskriftet for læserbreve".

Så der var ikke plads i tidsskriftet til vores læserbrev på 346 ord, som ikke er længere end et resumé til en tidsskriftsartikel, og der var ingen interesse for at hjælpe unge mennesker med at overleve ved at finde ud af, hvad der dræber dem i en så ung alder. Dette er psykiatri, når den er værst og beskytter sig selv, mens den bogstaveligt talt dræber patienterne.

Fem dage senere appellerede jeg Majs beslutning:

"Tillad mig at tilføje, at mennesker, jeg har talt med i flere lande om dødsfald hos unge med skizofreni - psykiatere, retsmedicinske eksperter og patienter - alle er enige om, at vi desperat har brug for den slags information, vi bad dig om at sikre, at vi får fra den meget værdifulde kohorte af patienter, Melle og kolleger beskrev i dit tidsskrift.

Der er en udbredt og velbegrundet mistanke om, at grunden til, at vi ikke har set en detaljeret redegørelse for dødsårsagerne i kohorter som den i TIPS-studiet af Melle og kolleger offentliggjort i dit tidsskrift, er, at psykiatere prioriterer at beskytte deres lavsinteresser snarere end at beskytte patienterne. Ved at afvise at offentliggøre vores læserbrev og få de data frem, som Melle og kolleger har i deres arkiv, bidrager du til den mistanke. Vi bad tidligere en af forskerne, Wenche ten Velden Hegelstad, om at give os disse data, men blev fortalt den 10. maj i år, at de ville blive offentliggjort ... De er ikke blevet offentliggjort, idet det, som Melle og kolleger har offentliggjort i dit tidsskrift, ikke er en fyldestgørende dokumentation af, hvorfor disse unge mennesker døde.

Derfor opfordrer vi dig til at sikre, at disse data bliver lagt åbent frem til gavn for patienterne. Vi mener, det er din professionelle og etiske pligt - både som tidsskriftsredaktør og som læge - at sørge for dette. Det er ikke et spørgsmål om den plads, du har til rådighed for læserbreve. Det er et spørgsmål om prioritering".

Vi hørte ikke fra Maj igen.

I modsætning til forfatterne af TIPS-studiet var den danske psykiatriprofessor Merete Nordentoft mere fremkommelig, da jeg spurgte hende om dødsårsagerne for 33 patienter efter 10 års opfølgning i OPUS-studiet, der også handler om patienter med en førstegangspsykose.[92] Jeg nævnte specifikt, at selvmord, ulykker og pludselige uforklarlige dødsfald kan være

medicinrelateret. Nordentoft sendte en liste over dødsfaldene og forklarede, at årsagen til, at hjertedød ikke var med på listen, sandsynligvis var, at patienterne var døde så unge. I dødsattesterne havde hun set nogle patienter, der simpelthen var faldet døde om, en af dem mens hun sad i en stol.

Sådan skal det være. Åbenhed er nødvendig, hvis vi ønsker at mindske de mange dødsfald blandt unge psykiatriske patienter, men meget få psykiatere er lige så åbne som Nordentoft. Jeg spurgte Hegelstad om det modstridende antal dødsfald og bad også om at få detaljer om dødsårsagerne. Jeg hørte ikke fra Hegelstad igen.

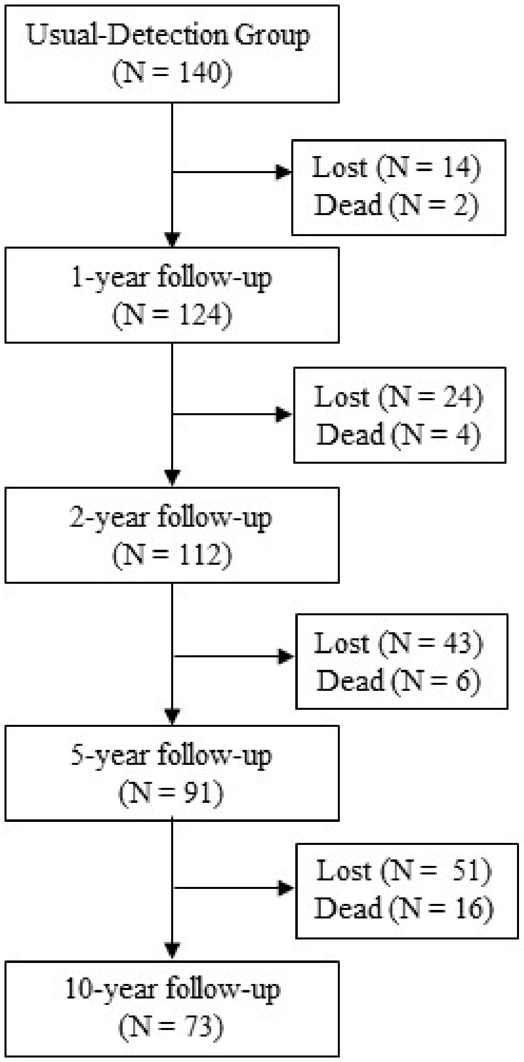
TIPS fik tilskud 15 steder fra, herunder det norske forskningsråd, US National Institute of Mental Health, tre lægemiddelfirmaer (Janssen-Cilag, Eli Lilly og Lundbeck) og andre institutioner i Norge, Danmark og USA. Jeg bad alle, der havde støttet studiet, om detaljerede oplysninger om dødsfaldene og understregede, at de havde en etisk forpligtelse til at sikre, at oplysninger af stor betydning for folkesundheden, som er indsamlet i en sponsoreret undersøgelse, bliver offentliggjort.

Stilheden var overvældende. I december 2017 offentliggjorde det norske forskningsråd sin politik om, at forskningsdata skulle være tilgængelige for andre forskere, som ikke efterlod nogen tvivl om, at det skulle ske uden forsinkelse og ikke senere, end når forskerne offentliggjorde deres forskning.

Janssen-Cilag svarede: ”Vi finder data om dødeligheden offentliggjort af Melle og kolleger i 2017 i *World Psychiatry* fuldt tilfredsstillende”. Både de og Eli Lilly opfordrede os til at kontakte forfatterne, hvilket var absurd, da jeg havde skrevet til virksomhederne, at forfatterne havde nægtet at dele deres data med os. Lundbeck svarede ikke.

Fem måneder efter at jeg havde skrevet til det norske forskningsråd, modtog jeg et brev fra Ingrid Melle, som var blevet bedt af rådet om at svare mig. Jeg fik at vide, at jeg havde fejllæst figur 1 i den første artikel,[86] hvor jeg havde optalt 49 dødsfald. Det havde jeg ikke. Deres figur er alvorligt vildledende, fordi flowdiagrammer ellers altid viser antallet af patienter, man taber kontakten til eller som dør i løbet af en undersøgelse. Jeg har gentegnet figuren her:

Overview of Patient Participation in a Long-term
Follow-up Study of Early Detection in Psychosis



Årsagen til, at der var 31 dødsfald og ikke 28 i Melles artikel var, at de havde tilføjet 1-3 års observationstid, hvilket ikke ligefrem gjorde det lettere at finde ud af, hvad forskerne havde gjort.

Melle sendte mig en tabel, som ikke var særligt informativ:

Table 1. Causes of death during the first ten years after start of treatment.		
	N	**%**
Alive	**250**	**89.0**
Suicide	**16**	**6**
Confirmed suicide; violent means	*4*	1.4
Confirmed suicide; other highly lethal means	*5*	1.8
Confirmed suicide; drug overdose or other intoxications	*2*	0.7
Confirmed suicide, other means	*2*	0.7
Probably suicide; drug overdose or other intoxications	*3*	1.1
Other causes of death	**15**	**5**
Accidental drug overdose	*5*	*1.8*
Accidents	*2*	*0.7*
Natural death, cardiovascular illness	*3*	*1.1*
Natural death, other illnesses	*2*	*0.7*
Natural death of unknown causes	*3*	*1.1*

Melle forklarede, at utilsigtet overdosering af medicin betyder, at man tager for meget af et ulovligt stof, eller af et stof, eller af et for stærkt stof ved et uheld, og at det ikke drejer sig om receptpligtig medicin. Hvis oplysninger om overdoser var tvetydige, blev de defineret som sandsynligt selvmord.

Dette var virkelig interessant. Hvorfor begik 16 unge (6%) selvmord på bare 10 år? Og hvorfor blev disse meget vigtige oplysninger ikke nærmere undersøgt af forskerne? Vi kan ikke konkludere, at det var deres skizofreni, der førte til selvmord. Det er mere sandsynligt, at de medikamenter, de tvinges til at tage, andre tvangsbehandlinger, ufrivillige indlæggelser i psykiatriske afdelinger, ydmygelser, stigmatisering og mistet håb, f.eks. når patienterne får at vide, at deres sygdom er arvelig, eller kan ses i en hjerneskanning, eller er livslang, eller kræver livslang behandling med neuroleptika. Det er ikke noget, jeg finder på.[4] Det sker alt sammen, og nogle patienter bliver udsat for det hele. Det er ikke så underligt, at de dræber sig selv, når der ikke længere er noget håb.

De utilsigtede overdoser er også interessante. Udtrykket er lidt tragikomisk, fordi patienter med skizofreni normalt overdoseres af deres læger med receptpligtige lægemidler, og hvis de også tager et ulovligt stof, er det sjældent muligt at sige, at det var det ulovlige stof, der dræbte dem og ikke den receptpligtige medicin. Det kan være kombinationen, og det var måske ikke sket, hvis patienten ikke var blevet tvunget til at tage neuroleptika og andre farlige stoffer, f.eks. depressionspiller og antiepileptika, som begge fordobler risikoen for selvmord (se kapitel 1).

Endelig var der otte dødsfald som følge af "naturlige årsager". Det er ikke naturligt for en ung person at dø. Jeg ville gerne have at vide i detaljer, hvad der skete. Det kan være "naturligt" for psykiatere, at unge dør i psykiatrien, men det er, fordi psykiaterne fortrænger deres egen rolle i dette.

Jeg skrev til det norske forskningsråd igen og påpegede, at Melle havde fortalt mig, at dataene om dødsårsager indeholder de fulde oplysninger, som lægerne havde, da de skrev dødsattesterne. Jeg bad om at se disse oplysninger i anonymiseret form. Jeg bemærkede også, at neuroleptika var blevet anvendt liberalt i undersøgelsen, og at nogle eller alle dødsfaldene potentielt set kunne være forårsaget af de lægemidler, patienterne fik, hvilket ofte betyder polyfarmaci (flere stoffer på én gang). Jeg fandt det besynderligt, i betragtning af den meget høje dødsrate på 12% (se tabel 2.1), at forfatterne ikke havde overvejet, om dødsfaldene kunne være forårsaget af lægemidlerne og ikke havde fortalt, hvilke lægemidler patienterne fik.

Til sidst bemærkede jeg, at Melle havde spurgt mig: "Da du skriver med et Nordic Cochrane Center-brevhoved, er jeg nysgerrig efter at vide, om Cochrane har nogen planer om at gøre noget på dette område?". Jeg bemærkede, at jeg ikke forstod relevansen af spørgsmålet. Hvorfor skulle jeg ikke bruge brevhovedet for mit eget center?

Jeg hørte ikke mere. Men Melles upassende bemærkning om mit centers brevhoved, som jeg brugte i al officiel korrespondance, ser ud til at have været en del af en samordnet indsats med det formål at få mig fjernet fra mit job som Cochrane-direktør.[36]

Chikane fra psykiatere og fra Cochrane

I mit brev til de 15 sponsorer var det sidste afsnit:

”Du kan betragte dette som en anmodning om aktindsigt, hvilket betyder, at hvis din organisation ikke har detaljerede oplysninger om dødsfaldene i TIPS-studiet, forventer vi, at din organisation får disse oplysninger fra Hegelstad og sender dem til os. Alt andet ville være uetisk efter vores opfattelse, og vi er overbevist om, at patienter med psykotiske lidelser er enige med os (jeg er protektor for Stemmehørernetværket i Danmark)”.

Dette er ret ligetil, men det amerikanske Stanley Medical Research Institute skrev ikke til mig. I stedet klagede psykiater Edwin Fuller Torrey, tilknyttet forskningsdirektør ved instituttet, over mig i to breve til den admi-

nistrerende direktør for Cochrane-samarbejdet, journalist Mark Wilson, hvor han blandt andet skrev:[36]

Cochrane-samarbejdets troværdighed hviler på en antagelse om objektivitet ... En sådan objektivitet ser ud til at være yderst tvivlsom for Dr. Peter C. Gøtzsche, der beskriver sig selv som direktør for det Nordiske Cochrane Center og som protektor for Stemmehørernetværket i Danmark. Denne organisation fremmer overbevisningen om, at hørehallucinationer kun er den ene ende af et normalt adfærdsspektrum, hvilket således rejser tvivl om, hvorvidt skizofreni faktisk eksisterer som en sygdom, og at stemmehøring skyldes traumer i barndommen, hvilket der ikke er nogen solid dokumentation for. I betragtning af en så klar mangel på objektivitet ville jeg personligt ikke finde nogen Cochrane-publikation om mental sygdom troværdig.

Torrey skrev også, at Stemmehørernetværket opmuntrer folk, der tager neuroleptika for deres skizofreni, til at stoppe med at tage medicinen, og at “Det er meget vanskeligt at forestille sig, hvordan nogen med disse synspunkter kan være objektiv med hensyn til en Cochrane-undersøgelse af antipsykotika, hvilket sætter spørgsmålstegn ved Cochranes troværdighed, som er jeres vigtigste aktiv”.

Dette var bizart. Hvordan kan min objektivitet være "yderst tvivlsom", når jeg blot beder om antallet af dødsfald og deres årsager? I modsætning til Torreys påstande er der desuden solid dokumentation for, at psykose er relateret til traumer i barndommen med et klart dosis-respons-forhold.[29,30]

Torrey drog også den logisk falske konklusion, at fordi jeg er protektor for Stemmehørernetværket, så er ingen Cochrane-publikationer om mental sygdom troværdige. Der er ingen sammenhæng mellem disse to ting. Her er et uddrag af en kommentar, som netværket sendte til mig:

Vi tager afstand fra Torreys forsøg på at miskreditere stemmehørerbevægelsen for at styrke hans forsøg på at miskreditere professor Peter Gøtzsche. I 2016 inviterede vi Gøtzsche til at være protektor på grund af hans banebrydende arbejde inden for psykiatrisk forskning. Vi er beæret over at have ham som vores protektor.

Vi finder, at Torreys bemærkninger til Hr. Wilson om Gøtzsche som vores protektor grænser til det latterlige, når han forsøger at miskreditere hele Cochrane-samarbejdet.

Vi beder om, at Torrey holder op med at bruge netværket som platform til at fornærme en respekteret professor sammen med Cochrane-samar-

bejdet. Vi vil også foreslå, at han overvejer at undskylde for sine respektløse bemærkninger om stemmehørere.

Mottoet for Cochrane-samarbejdet er ”Pålidelige beviser”, hvilket Wilson havde forlangt, vi alle skulle bruge, også i vores brevhoveder, som om vi var et lægemiddelfirma og ikke en uafhængig videnskabelig organisation, der er en velgørenhedsorganisation. Han krævede også, at vi brugte korte navne på vores centre, hvilket skabte stor forvirring blandt journalister, der ofte skrev ”Cochrane Nordic Center”, selvom mit centers navn var ”Nordic Cochrane Center”:

Cochrane
Nordic

Trusted evidence. Informed decisions. Better health.

Nordic Cochrane Centre
Rigshospitalet, Dept. 7811
Blegdamsvej 9
2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel: +45 35 45 71 12
E-mail: general@cochrane.dk
www.nordic.cochrane.org

Cochranes motto er meget vildledende, når det drejer sig om Cochrane-oversigter af psykofarmaka. Som jeg har forklaret ovenfor, er det meget få af dem, vi kan stole på.

Min kritik af medicinalindustriens organiserede kriminalitet,[4,51] af psykofarmakaforsøg, og af overforbruget af psykofarmaka var aldrig populær i Cochranes hovedkvarter, efter at Wilson tiltrådte i 2012 og ændrede en idealistisk græsrodsbevægelse til en kommerciel virksomhed med fokus på *brand* og salg.[36] Wilsons og hans underdirektørs chikane mod mig var særligt skadelig, efter at jeg offentliggjorde artiklen om ti myter inden for psykiatrien, der skader patienterne i 2014,[38] og da jeg forklarede i *BMJ* i 2015, hvorfor langvarig behandling med psykiatriske medikamenter skader mere end det gavner.[36,94]

Wilson mobbede mig også ved denne lejlighed. I stedet for at afvise Torreys klage, hvilket var det eneste rigtige at gøre, skrev Wilson til mig, at jeg havde forbrudt mig mod Cochranes talsmandspolitik ved at bruge mit centers brevpapir og min titel, og at dette rimeligvis kunne medføre, at enhver læser antog, at anmodningen om aktindsigt kom fra det Nordiske Cochrane Center, og at synspunkterne var centrets synspunkter. Wilson agtede at undskylde overfor Torrey for ”enhver forvirring i denne hense-

ende". Ganske interessant, at den ene bølle vil undskylde overfor den anden bølle, når personen mellem bøllerne ikke har gjort noget galt.

Plottet var latterligt, og ikke engang Cochranes egen advokat fandt, at jeg havde forbrudt mig mod politikken, hverken i dette tilfælde eller i en anden lignende sag, der også handlede om psykiatri,[36] men sådanne bagateller betyder ikke noget for bøller. Der var slet ikke noget problem, men Wilson opfandt et. Det var tydeligt, at anmodningen kom fra centeret; at jeg som direktør havde lov til at tale på centrets vegne; og mine synspunkter blev endda delt af mit personale. Desuden var mit brev ikke en offentlig meddelelse, men et brev til en sponsor. Ingen kunne blive "forvirret".

Ryan Horath, en amerikansk advokat, beskrev farcen således:[36]

Cochrane-cheferne blev besat ved tanken om, at Gøtzsche havde brugt det Nordiske Cochrane Centers brevhoved til at sende denne anmodning. Og et meget stort antal mennesker ser ud til at være enige i bestyrelsens besættelse ... JESUS CHRISTUS, HVAD ER DER I VEJEN MED JER? En forsker henvender sig med forespørgsler om undertrykkelse af oplysninger om børn, der døde i et klinisk forsøg, og alle er optaget af, hvilket brevhoved der er brugt? ... Endnu værre er det, at det er tydeligt, at forargelsen over brugen af Cochrane-brevhovedet er en påtaget forargelse, da dette var et privat brev. Var Fuller Torrey forvirret over, om brevet repræsenterede Cochranes synspunkter? Tilsyneladende ikke ... I stedet for argumenterede Torrey for, at Gøtzsche ikke var "objektiv", og at dette skadede Cochranes omdømme - noget helt andet ... Så Cochrane-ledelsens brug af denne klage i sin sag var vildledende. Klagen handler om én ting, og de brugte den som bevis for en anden (falsk beskyldning). Sådan fungerer en skueproces.

Hvad er bundlinjen for neuroleptika?

Utallige upålidelige undersøgelser er blevet konstrueret for at fremstille en falsk fortælling om neuroleptika, der hjælper mennesker med at overleve deres psykose. Jeg har dissekeret nogle af dem i min forrige bog.[4] De har alvorlige mangler, og de patienter, der sammenlignes - patienter på neuroleptika og patienter uden - er ikke sammenlignelige til at begynde med. Især har en finsk læge, Jari Tiihonen, offentliggjort den ene vildledende undersøgelse efter den anden.[4]

Læg ikke nogen som helst vægt på disse rapporter. Whitaker skrev engang til mig, at det krævede ekstraordinær mental gymnastik af psykiaterne at konkludere, at disse lægemidler, der forårsager fedme, metabolisk dysfunktion, diabetes, tardiv dyskinesi, dødelige hjertearytmier, og så videre, beskytter mod dødsfald. Som nævnt ovenfor fjerner psykiaterne ofte patienternes håb om en dag at leve et normalt liv. Hvorfor bekymre sig om at have en sund livsstil, hvis livet alligevel aldrig bliver værd at leve? Det er ikke kun neuroleptika, ofte i kombination med mange andre psykofarmaka, der dræber patienterne, det er hele pakken, som psykiatrien leverer til dem.

Hvis patienter, der er akut forstyrrede, har brug for noget beroligende, er benzodiazepiner langt mindre farlige og synes endda at virke bedre.[95] Når jeg spørger patienterne, om de foretrækker et benzodiazepin eller et neuroleptikum, næste gang de får en psykose og føler, at de har brug for et lægemiddel, siger de alle sammen, at de foretrækker et benzodiazepin. Hvorfor får de det så ikke?

1 Gør alt hvad du kan for at undgå at blive behandlet med et neuroleptikum.

2 Gør alt hvad du kan for at undgå, at nogen, du har kær, bliver behandlet med et neuroleptikum.

3 Hvis en læge insisterer, skal du give lægen en kopi af min bog og sige, at du vil anlægge sag, hvis lægen ignorerer dig.

4 Sørg for, at du kan dokumentere, at du advarede lægen, f.eks. ved at optage samtalen, tage en journalist med til mødet eller kræve et skriftlig notat fra lægen på stedet, ikke senere. Hvis læger får problemer, benægter de ofte, hvad der skete, og de kan endda ændre i journalen.[45]

Depressionspiller

Depressionspiller er psykiatriens udstillingsvindue; de piller, vi hører mest om, og de piller, der er mest brugt, i nogle lande af mere end 10% af befolkningen.

Som nævnt er det en af psykiatriens bedst bevarede hemmeligheder, at psykiatere dræber mange patienter med neuroleptika. En anden velbevaret hemmelighed er, at de også dræber mange patienter med depressionspiller, f.eks. ældre patienter, der mister balancen og brækker hoften.[4,96]

Psykiatere har kæmpet virkelig hårdt for at skjule den forfærdelige sandhed, at depressionspiller fordobler risikoen for selvmord, ikke kun hos børn, men også hos voksne.[2,4,97-100] De placebokontrollerede forsøg er enormt vildledende på dette punkt, og der er skrevet meget om, hvordan medicinalfirmaerne har skjult selvmordstanker, selvmordsadfærd, selvmordsforsøg og selvmord i deres offentliggjorte forsøgsrapporter, enten ved at feje dem ind under gulvtæppet, så ingen kunne se dem, eller ved at kalde dem noget andet.[2,4,101] Denne massive svindel er rutine i medicinalfirmaerne. Jeg har omtalt svindelen udførligt i min psykiatribog fra 2015,[4] og skal derfor kun nævne nogle nylige forskningsresultater her.

Sammenlignet med placebo fandt min forskningsgruppe, at depressionspiller fordobler forekomsten af FDA-definerede forløbere for selvmord og vold hos raske voksne frivillige;[97] at de øger aggression hos børn og unge 2-3 gange,[55] hvilket er et meget vigtigt fund i betragtning af de mange skoleskyderier, hvor morderne var på depressionspiller; og at de øger risikoen for selvmord og vold 4-5 gange hos midaldrende kvinder med stressurininkontinens, vurderet ud fra FDA-definerede forløberhændelser.[98] Desuden oplevede dobbelt så mange kvinder en central eller potentiel psykotisk hændelse.[98]

Psykiatere afviser forskningsresultater, der strider mod deres interesser. De har også kritiseret vores brug af disponerende hændelser, men det er der ikke noget galt ved. Brug af forløbere til selvmord og vold ligner brugen af prognostiske faktorer for hjertesygdomme. Da rygning og inaktivitet øger risikoen for hjerteanfald, anbefaler vi folk at stoppe med at ryge og begynde at motionere.

Det er grusomt, at de fleste toneangivende psykiatriske siger - selv på nationalt TV[102] - at depressionspiller er sikre at give til børn, fordi der ikke

var en statistisk signifikant stigning i selvmord i forsøgene, kun i selvmordstanker og -adfærd, som om der ikke er nogen sammenhæng mellem de to ting.[4] Psykiaterne belønner virksomhederne for deres svindel, mens de ofrer børnene. Vi ved alle, at et selvmord starter med selvmordstanker efterfulgt af forberedelser og et eller flere forsøg.

En amerikansk psykiater, der argumenterede for, at selvmordsadfærd ikke skulle tælle med, fordi det er "et ikke-valideret, upassende surrogat", modsagde sig selv, idet han skrev i samme artikel, at "En forhistorie med et tidligere selvmordsforsøg er en af de stærkeste prædiktorer for selvmord". Han skrev også, at selvmordsraten er 30 gange større hos folk, der har forsøgt selvmord tidligere end hos dem, der ikke har forsøgt.[103] Dette er total kognitiv dissonans med dødbringende konsekvenser for vores børn.

Da jeg skrev min forrige psykiatribog, blev det klart for mig, at selvmord øges, ikke kun hos børn, men også hos voksne, men de mange analyser og rapporter var forvirrende, og nogle havde fundet det, men ikke andre.[4]

Sagens kerne er, at mange selvmordsforsøg og selvmord udelades i rapporterne. I 2019 fandt jeg yderligere bevis for dette, da jeg sammenlignede en publiceret forsøgsrapport[104] med den tilsvarende 1008-siders kliniske forsøgsrapport, der blev indsendt til lægemiddelmyndighederne.[105] Forfatterne af den offentliggjorte rapport nævnte ikke, at to af 48 børn på fluoxetin forsøgte selvmord mod ingen af 48 børn på placebo. Førsteforfatteren, Graham Emslie, tilskrev fejlagtigt finansieringen af forsøget til US National Institute of Mental Health, men FDA-data viste, at forsøget blev sponsoreret af producenten af fluoxetin, Eli Lilly.[106]

Selvmordsforsøg og selvmord skjules ikke kun under forsøgets gang. Som oftest udelades de også, når de forekommer lige efter, at den randomiserede fase er forbi.[4]

Da FDA foretog en metaanalyse af sertralin til voksne (tabel 30 i deres rapport),[107] fandt de ikke nogen stigning i selvmord, selvmordsforsøg eller selvskade som et kombineret effektmål, relativ risiko 0,87, 95% konfidensinterval 0,31 til 2,48.

Pfizers egen metaanalyse fandt en halvering af selvmordshændelserne, når alt, der opstod senere end 24 timer efter, at den randomiserede fase var overstået, blev udeladt.[108] Når Pfizer inkluderede hændelser, der opstod op til 30 dage senere, var der imidlertid en stigning i selvmordshændelser på ca. 50%:[4]

Sertralinforsøg hos voksne; n: antal selvmord og selvmordsforsøg; N: antal patienter; opfølgning: tid efter den randomiserede fase var afsluttet; RR: relativ risiko; KI: konfidensinterval.

		sertralin		placebo		
	Opfølgning	n	N	n	N	RR (95% KI)
FDA 2006[17]	24 timer	7	6,950	7	6,047	0.87 (0.31 til 2.48)
Pfizer 2009[83]	24 timer	5	6,561	8	5,480	0.52 (0.17 til 1.59)
Pfizer 2009[83]	30 dage	25	10,917	14	9,006	1.47 (0.77 til 2.83)
Gunnel 2005[84]	> 24 timer	24	7,169	8	5,108	2.14 (0.96 til 4.75)

En metaanalyse fra 2005 udført af uafhængige forskere med brug af data fra den britiske lægemiddelstyrelse fandt en fordobling i selvmord eller selvskade, når hændelser efter 24 timer blev inkluderet.[109] Disse forskere bemærkede, at virksomhederne havde underrapporteret selvmordsrisikoen i deres forsøg, og de fandt også, at ikke-dødelig selvskade og selvmordshændelser var alvorligt underrapporteret sammenlignet med selvmord.

En anden metaanalyse, også udført i 2005 af uafhængige forskere, men denne gang af de offentliggjorte forsøg, var meget stor, idet den omfattede alle lægemidler (87.650 patienter) og alle aldre.[110] Den fandt dobbelt så mange selvmordsforsøg på lægemiddel som på placebo, odds ratio (hvilket er det samme som relativ risiko, når hændelserne er sjældne) 2,28, 95% konfidensinterval 1,14 til 4,55. Forskerne skrev, at der manglede mange selvmordsforsøg. Nogle af forsøgslederne havde svaret dem, at der var selvmordsforsøg, de ikke havde rapporteret, mens andre svarede, at de ikke engang kiggede efter dem. Desuden blev hændelser, der forekom kort efter, at aktiv behandling blev stoppet, ikke talt med.

Årsagen til at det er så vigtigt at medtage selvmordshændelser, der opstår efter den randomiserede fase er forbi, er, at det afspejler meget bedre, hvad der sker i det virkelige liv snarere end i et nøje kontrolleret forsøg, hvor forskerne motiverer patienterne til at tage hver eneste dosis af forsøgspræparatet. I det virkelige liv får patienterne ikke alle doserne, fordi de glemmer at tage pillerne med til arbejdet, skolen eller et weekendophold,

eller de holder en medicinferie, fordi pillerne har forhindret dem i at have sex (se nedenfor).

Det varierer fra forsøg til forsøg, hvad der sker, når det er forbi. Undertiden tilbydes patienterne aktiv behandling, nogle gange er det kun de behandlede patienter, der fortsætter med aktiv behandling, og nogle gange er der ingen behandling.

I 2019 satte to europæiske forskere endelig en stopper for psykiaternes benhårde fornægtelse af, at depressionspiller også er farlige for voksne. De analyserede FDA-data og inkluderede skader, der forekom under opfølgningen.[99] De blev kritiseret og offentliggjorde yderligere analyser.[100] Som andre forskere fandt de, at selvmordshændelser var blevet manipuleret, f.eks. "To selvmord, der fejlagtigt blev henført til placebogruppen fra godkendelsesprogrammet for paroxetin blev fjernet".[100] De fandt dobbelt så mange selvmord i de aktive grupper som i placebogrupperne, odds ratio 2,48, 95% konfidensinterval 1,13 til 5,44.

Der bør ikke være mere debat om, hvorvidt depressionspiller forårsager selvmord i alle aldre. Det gør de. Selv FDA, der har gjort sit yderste for at beskytte medicinalfirmaer, der markedsfører depressionspiller,[2,4] blev tvunget til at give efter, da de i 2007, i det mindste indirekte, indrømmede, at depressionspiller kunne forårsage selvmord i alle aldre:[4,111]

"Alle patienter, der behandles med antidepressiva af en hvilken som helst årsag, bør overvåges nøje for klinisk forværring, suicidalitet og usædvanlige ændringer i adfærd, især i de første par måneder af behandlingen eller i perioder med dosisændringer, enten stigninger eller fald. Følgende symptomer – angst, uro, panikanfald, søvnløshed, irritabilitet, fjendtlighed, aggressivitet, impulsivitet, akatisi (psykomotorisk rastløshed), hypomani og mani – er observeret hos voksne og børn, der behandles med antidepressiva ... Familier og plejepersonale bør tilrådes at holde øje med fremkomsten af sådanne symptomer dagligt, da ændringer kan være bratte".

FDA indrømmede langt om længe, at depressionspiller kan forårsage galskab i alle aldre, og at medicinen er meget farlig - ellers ville daglig overvågning jo ikke være nødvendig. Det skal dog siges, at daglig overvågning er en falsk løsning på et dødbringende stofproblem. Folk kan ikke overvåges hvert minut, og mange har dræbt sig selv med voldelige metoder, f.eks. ved hængning, skydning, knivstikkeri eller ved at hoppe ud foran et tog, kort efter at de havde set ud til at have det helt fint.[2,4]

Men den organiserede fornægtelse fortsætter ufortrødent.[4] To år efter FDAs meddelelse sagde den australske regering: ”Udtrykket suicidalitet omfatter selvmordstanker (alvorlige tanker om at tage sit eget liv), selvmordsplaner og selvmordsforsøg. Mennesker, der oplever selvmordstanker og planlægger selvmord, har en øget risiko for selvmordsforsøg, og mennesker, der oplever alle former for selvmordstanker og -adfærd, har en større risiko for at begå selvmord”.[112]

Ganske rigtigt, men hvorfor inkluderede suicidalitet ikke selvmord? Hvis du vil finde ud af, hvor farlig bjergbestigning er, og du inkluderer skader, når folk har alvorlige tanker om at klatre i bjerge og forbereder sig i et fitnesscenter, og skader, når de planlægger at klatre op ad et bjerg, og når de forsøger at gøre det, ville du så udelukke dødsfald på grund af styrt? Det ville du selvfølgelig ikke, men det var, hvad den australske regering gjorde. De viste levetidsforekomsten af suicidalitet, opdelt på selvmordstanker, selvmordsplaner og selvmordsforsøg, men der var ingen data om selvmord.[112]

Der er lang vej at gå. I vores gennemgang af 39 populære hjemmesider i 10 lande, som vi lavede i 2018, fandt vi, at 25 oplyste, at depressionspiller kunne øge selvmordstanker, men 23 (92%) af dem indeholdt forkerte oplysninger, og kun to (5%) hjemmesider anførte, at selvmordsrisikoen er øget hos personer i alle aldre.[32]

Depressionspiller kan forårsage vold og mord.[2,4] Men det er også en af psykiatriens velbevarede hemmeligheder. Især i USA undlader psykiatere og myndigheder at fortælle offentligheden, om gerningsmanden var på en depressionspille. Det kan tage lang tid og kræve anmodninger om aktindsigt, før noget bliver afsløret.

Det tog et godt stykke tid, før vi fandt ud af, at den tyske German Wing pilot, der tog et helt fly med sig, da han begik selvmord i Alperne, og at den belgiske buschauffør, der dræbte mange børn ved at køre sin bus ind i en mur, også i Alperne, var på en depressionspiller.

Selvom vi havde mistanke om alvorlig underrapportering af skader i de kliniske forsøgsrapporter, vi undersøgte - nogle resultater fandtes kun i individuelle patientfortegnelser i bilag, som vi kun havde i 32 af vores 70 forsøg, og vi havde ikke rapportformularer fra nogen af forsøgene - fandt vi

alarmerende hændelser, som du aldrig ser i publikationer i medicinske tidsskrifter.[55] Her er nogle eksempler:

Fire dødsfald blev fejlagtigt klassificeret af virksomheden, i alle tilfælde til fordel for det aktive stof.

En patient, der fik venlafaxin, forsøgte selvmord ved kvælning uden forvarsel og døde fem dage senere på hospitalet. Selvom selvmordsforsøget skete på dag 21 ud af de 56 dage med randomiseret behandling, blev dødsfaldet kaldt en hændelse, der indtraf efter forsøget, da den fandt sted på hospitalet, og behandlingen var blevet afbrudt på grund af selvmordsforsøget.

Selvom patientbeskrivelserne eller individuelle patientfortegnelser viste, at det var selvmordsforsøg, blev 27 af 62 sådanne forsøg kodet som følelsesmæssig labilitet eller forværret depression, hvilket er, hvad man ser i publikationer, og ikke selvmordsforsøgene.

Et selvmordsforsøg (forsætlig overdosis med paracetamol hos en patient på fluoxetin) blev beskrevet i en tabel som ”forhøjede leverenzymer”, hvilket vi alle får, hvis vi drikker lidt alkohol.

Det er særligt relevant for de mange skoleskyderier, at følgende hændelser for 11 patienter på en depressionspille blev anført under aggression i patientbeskrivelserne om alvorlige uheldige hændelser: mordtrussel, tanker om at begå mord, overfald, seksuel molestering, trussel om at tage en skyder med i skole, materielle skader, ødelæggelse af husholdningsartikler, aggressivt overfald, verbal vold og aggressive trusler og fjendtlighed.

Akatisi er en frygtelig følelse af indre rastløshed, som øger risikoen for selvmord, vold og mord. Vi kunne kun påvise akatisi, hvis vi havde adgang til de konkrete ord, lægen havde benyttet, men vi fandt ikke desto mindre, at akatisi, ligesom aggression, indtraf dobbelt så ofte på pillerne som på placebo. I tre sertralin-forsøg, hvor vi havde adgang til både de korrekte ord og de kodede ”foretrukne udtryk”, blev akatisi kodet som "hyperkinesi", og fejlkodning syntes at have været udbredt også i paroxetin-forsøg, idet vi ikke fandt et eneste tilfælde af akatisi.

For Eli Lillys lægemidler, fluoxetin og duloxetin, sammenlignede vi vores fund med de resuméer af forsøgsrapporter, der findes på virksomhedens hjemmeside.

I de fleste tilfælde blev uheldige hændelser kun omtalt, hvis de forekom hos for eksempel mindst 5% af patienterne. På denne måde kan virksomhederne undgå at rapportere mange alvorlige skader. Vi fandt, at selvmords-

hændelser og skader, der øger risikoen for vold, blev alvorligt underrapporteret:

Kun 2 ud af 20 selvmordsforsøg (17 på stof, 3 på placebo) blev dokumenteret. Ingen af 14 tilfælde med selvmordstanker (11 mod 3) blev nævnt. Kun 3 akatisi-hændelser (15 mod 2) blev nævnt.

Akatisi kan også skyldes andre psykofarmaka, f.eks. neuroleptika (se nedenfor). Akatisi er græsk og betyder manglende evne til at sidde stille. Patienterne kan opføre sig på en agiteret (ophidset) måde, som de ikke kan kontrollere, og de kan opleve uudholdelig vrede, vrangforestillinger og dissociering.[80] De kan fare hvileløst rundt, flytte sig i stolen og vride på hænderne – hvilket er blevet beskrevet som en indre form for tortur.[1] Akatisi behøver ikke at have synlige symptomer, men kan være ekstrem indre angst og rastløshed, hvilket er den måde, denne skade er beskrevet på i produktinformationen for Zyprexa. I én undersøgelse led 79% af psykisk syge patienter, der havde forsøgt at begå selvmord, af akatisi.[1] En anden undersøgelse meddelte, at halvdelen af alle slagsmål på en psykiatrisk afdeling var relateret til akatisi,[5,113] og en tredje undersøgelse fandt, at moderate til høje doser af haloperidol, et neuroleptikum, gjorde halvdelen af patienterne markant mere aggressive, undertiden til det punkt, hvor de ville dræbe deres psykiatere.[1]

Da depressionspiller kun har rent symptomatiske virkninger og giver mange skader, er det meget relevant at finde ud af, hvad patienterne synes om dem, når de vejer de gavnlige mod de skadelige virkninger. Det gør de, når de beslutter, om de skal fortsætte i et forsøg indtil det stopper, eller om de skal droppe ud af det.

Det var enormt arbejde at studere frafald i de placebokontrollerede forsøg. Vi inkluderede 71 kliniske forsøgsrapporter, vi havde fået fra de europæiske og britiske lægemiddelmyndigheder, som indeholdt information om 73 forsøg og 18.426 patienter. Ingen, bortset fra min forskningsgruppe, havde nogensinde læst de 67.319 sider om disse forsøg før, hvilket beløber sig til 7 m, hvis de stables. Men det var rigeligt umagen værd; 12% flere patienter faldt fra, mens de var på medicin end på placebo.[114]

Dette er et meget vigtigt resultat. Psykiaternes opfattelse er, at depressionspiller gør mere gavn end skade,[4] og patienternes opfattelse er

den modsatte. Patienterne foretrak placebo, selvom nogle af dem var blevet skadet af kold tyrker effekter. Det betyder, at lægemidlerne er endnu værre, end man finder i kold tyrker forsøgene.

Fordi vi havde adgang til detaljerede data, kunne vi inkludere patienter i vores analyser, som forskerne havde udelukket, f.eks. fordi der ikke var foretaget nogle målinger. Vores resultat er unikt og pålideligt i modsætning til tidligere forskning, der hovedsagelig bygger på offentliggjorte data. De kunne ikke finde flere frafald på medicin end på placebo,[114] f.eks. fandt en stor gennemgang af 40 forsøg (6391 patienter), at frafaldet var det samme (relativ risiko 0,99), når paroxetin blev sammenlignet med placebo.

Dernæst besluttede vi at se på livskvaliteten i de samme forsøg. Givet vores resultat for frafald; den minimale effekt af depressionspiller, der ikke er relevant for patienterne; og pillernes mange og hyppige skader, forventede vi, at livskvaliteten ville være dårligere på piller end på placebo.

Vi var måske lidt naive, fordi vi nu var kommet alt for tæt på hemmelighederne ved depressionspiller. Hvad vi fandt - eller rettere ikke fandt - var chokerende.[115] Rapporteringen om sundhedsrelateret livskvalitet var praktisk talt ikke-eksisterende. I fem forsøg var det uklart, hvilken metode der blev brugt, og der var ingen resultater. Vi inkluderede 15 forsøg (4.717 patienter og 19.015 sider med forsøgsrapporter), en meget stor mængde data, vi skulle kunne konkludere ud fra. Imidlertid var der selektiv rapportering i 9 af de 15 kliniske forsøgsrapporter, og i virksomhedernes online-registre var der selektiv rapportering for alle 15 forsøg. Vi modtog 20 publikationer fra Eli Lilly og hentede 6 fra GlaxoSmithKlines register. Der var selektiv rapportering i 24 af de 26 publikationer. På trods af denne omfattende selektive rapportering fandt vi kun små forskelle mellem medicin og placebo.

Dette var mere end en vejspærring; det var sabotage. Virksomhederne er forpligtet til at sørge for, at det, de indsender til lægemiddelagenturerne for at få markedsføringstilladelse, er en ærlig redegørelse for, hvad der skete, og at vigtige data eller information ikke er udeladt. Vi undrede os over, at lægemiddelmyndighederne ikke havde bedt virksomhederne om de manglende data.

Pillerne, der ødelægger dit sexliv, kaldes lykkepiller

I psykiatriens omvendte verden kaldes de piller, der ødelægger dit sexliv, lykkepiller. Halvdelen af de patienter, der havde et normalt sexliv, før de startede på en depressionspille, vil få deres sexliv forstyrret eller umuliggjort.[4,116] De seksuelle forstyrrelser kan blive permanente, og når patienterne finder ud af, at de aldrig igen vil være i stand til at have samleje, for eksempel på grund af impotens, begår nogle af dem selvmord.[117,118] Da jeg holdt foredrag for australske børnepsykiatere i 2015, sagde en af dem, at han kendte tre teenagere på depressionspiller, som havde forsøgt selvmord, fordi de ikke kunne få erektion første gang de skulle have sex.

Det er grusomt. Og alligevel er den professionelle fornægtelse udbredt. Patienterne bliver ofte ydmyget eller ignoreret af deres læger, der nægter at tro dem. Nogle patienter får at vide, at sådanne virkninger af depressionspiller er umulige, og andre får recept på et neuroleptikum, efter de har fået at vide, at deres problem er psykosomatisk.[118]

En patient, der havde sendt et par links til undersøgelser og oversigter om seksuel dysfunktion efter SSRI, modtog dette svar: ”Hvis du ønsker at have et sådant ”syndrom”, så fortsæt bare med det, du gør ... læs obskure undersøgelser og oversigter i obskure databaser, og jeg kan garantere dig for, at du vil have det i resten af dit liv!”.

Langt de fleste patienter på en depressionspille føler, at noget er ændret i deres kønsorganer, og mange klager over, at længe efter at de holdt op med pillerne, er de fortsat følelsesløse; de er også ligeglade med livet eller andre mennesker, i modsætning til tiden, før de fik piller.

Psykiatriprofessor David Healy har fortalt mig, at nogle patienter kan gnide chilipasta ind i deres kønsorganer uden at føle noget. I sit arbejde som ekspertvidne har han set data, som ingen uden for medicinalindustrien nogensinde har set, og som blev forseglet, lige så snart virksomheden havde indgået forlig med ofrene. Healy har beskrevet, at i nogle upublicerede fase 1-forsøg, der udføres før et lægemiddel testes på patienter, fik over halvdelen af raske frivillige alvorlig seksuel dysfunktion, som i nogle tilfælde varede ved, efter at behandlingen blev stoppet.[119]

Følelsesløsheden i kønsorganerne bruges i markedsføringen. Depressionspillen Priligy (dapoxetin) er godkendt i Den Europæiske Union til behandling af for tidlig udløsning.

Det er interessant at sammenligne dette med den information, der fremgår af indlægssedlerne, f.eks. for Fontex (fluoxetin).[120] Lige fra starten lægges skylden på patienten snarere end på medikamentet: "ændringer i seksuel lyst, seksuel præstation og seksuel tilfredshed opstår ofte som manifestationer af en psykiatrisk lidelse". I overensstemmelse hermed fandt en FDA-ansat ud af, at SmithKline Beecham havde skjult de seksuelle problemer med paroxetin ved at skyde skylden på patienterne, f.eks. blev manglende orgasme hos kvinder kodet som "Kvindelig kønsforstyrrelse".[121]

Healy sendte et andragende til Guido Rasi, direktøren for Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) i juni 2019 underskrevet af en stor gruppe klinikere og forskere. EMA oplyste, at de ville bede virksomhederne om at nævne varig seksuel dysfunktion på indlægssedlerne for depressionspiller. Seks måneder senere sendte Healy et nyt brev til Rasi, hvor han gjorde opmærksom på, at lægemiddelagenturerne havde svaret, at disse tilstande måske stammer fra sygdommen snarere end behandlingen. Han tilføjede: ”Melankoli, som er meget sjælden, kan føre til nedsat libido, men den form for depression, som SSRI gives imod, sænker ikke libidoen. Faktisk er det sådan, at ligesom folk trøstespiser, når de har ”nerver”, så har de også ofte mere sex i et forsøg på at håndtere deres ”depression””.

I indlægssedlen skrev Eli Lilly:[120] "noget af evidensen antyder, at SSRI kan forårsage sådanne ubehagelige seksuelle oplevelser". Det er ikke *noget* af evidensen. Når man ser på *al* evidensen, bliver det lysende klart, at disse stoffer ødelægger folks sexliv.

Lillys fornægtelsestilstand fortsætter: "Pålidelige skøn over forekomsten og sværhedsgraden af uheldige oplevelser, der involverer seksuel lyst, præstation og tilfredshed, er imidlertid vanskelige at opnå, delvis fordi patienter og læger kan være tilbageholdende med at diskutere dem". Da vi nu engang har disse beviser, hvad er så problemet for Lilly med at indrømme, hvad de viser?

I Lillys forsøg var "nedsat libido den eneste seksuelle bivirkning rapporteret af mindst 2% af de patienter, der tog fluoxetin (4% fluoxetin, < 1% placebo)".[120] Hvis du ikke spørger, ser du ikke problemerne. I en omhyggeligt udført undersøgelse oplevede 57% af 1022 mennesker, der havde et normalt sexliv, før de fik en depressionspille, nedsat libido; 57% havde forsinket orgasme eller udløsning; 46% ingen orgasme eller udløsning; og 31% havde erektil dysfunktion (impotens) eller nedsat vaginal smøring.[116]

Der var intet om dette i Lillys indlægsseddel bortset fra: ”Der har været spontane rapporter om kvinder, der tager fluoxetin, om orgastisk dysfunktion, inklusive manglende orgasme. Der er ingen ordentlige og velkontrollerede studier, der har undersøgt seksuel dysfunktion ved fluoxetinbehandling. Symptomer på seksuel dysfunktion vedvarer lejlighedsvis efter ophør med fluoxetinbehandlingen”.

Nogle indlægssedler er mere sandfærdige, f.eks. for venlafaxin:[122] nedsat libido 2%, unormal udløsning/ orgasme 12%, impotens 6% og orgasmeforstyrrelse 2%. Men det er stadig langt fra sandheden.

1 Hvis du føler dig deprimeret, skal du ikke gå til læge, som højst sandsynligt vil ordinere depressionspiller til dig.

2 Accepter aldrig behandling med depressionspiller. Det vil sandsynligvis gøre dit liv værre.

3 Tro ikke på noget, som læger fortæller dig om depressionspiller. Det er højst sandsynligt forkert.

4 Depressionspiller er farlige. De øger risikoen for selvmord, vold og mord i alle aldre.

5 Depressionspiller ødelægger formentlig dit sexliv, i værste fald permanent.

6 Konsulter en psykoterapeut. Du kan også overveje, om du har brug for en socialrådgiver eller advokat.

Lithium

Lithium er et meget giftigt metal, der bruges til bipolar lidelse. Som de fleste andre psykofarmaka sløver det folk og gør dem inaktive. Serumkoncentrationen skal overvåges nøje, fordi lithium kan være toksisk i doser, der ligger tæt på terapeutiske koncentrationer.

På indlægssedler advares patienter og deres familier om, at patienten skal afbryde lithiumbehandling og kontakte lægen, hvis de oplever diarré, opkast, rysten, mild ataksi (ikke forklaret, selvom få patienter ved, at det betyder tab af kontrol over kropsbevægelser), døsighed eller muskelsvaghed.

Risikoen for lithiumtoksicitet øges hos patienter med væsentlig nyre- eller hjerte-kar-sygdom, alvorlig svækkelse eller dehydrering, eller natriummangel, og hos patienter, der får medicin, der kan påvirke nyrefunktionen, f.eks. nogle antihypertensiva, diuretika og smertelindrende gigtmedicin. Særdeles mange lægemidler kan ændre serumniveauet af lithium, hvilket derfor er meget vanskeligt at bruge sikkert, og listen over alvorlige skader er lang og skræmmende.[123]

Psykiaterne roser dette meget farlige stof og siger, at det virker og forebygger selvmord. De psykiatere, der gennemgik lithium i 2013, konkluderede imidlertid forsigtigt.[124] Der var seks selvmord i forsøgene, alle på placebo, men forfatterne bemærkede, at eksistensen af kun et eller to forsøg af moderat størrelse med neutrale eller negative resultater kunne ændre deres fund væsentligt. Selektiv rapportering af dødsfald er altid et problem, især ved gamle forsøg, og de fleste af forsøgene er gamle. Desuden titreredes patienterne ofte til den mest passende dosis, før halvdelen af dem pludselig blev sat over på placebo.

En svensk psykiater og jeg lavede derfor vores egen metaanalyse, hvor vi ikke tog kold tyrker forsøgene med. Vi fandt kun fire forsøg. Der var tre selvmord i placebogrupperne og ni mod to dødsfald til fordel for lithium, men på grund af det lille antal og upålidelige data (ca. halvdelen af alle dødsfald mangler i psykofarmakaforsøg),[81] drog vi ikke nogen faste konklusioner.[125]

Hjælper litium? Jeg er ikke meget for at bruge de fire forsøg, vi fandt, til at besvare dette spørgsmål. De havde meget subjektive effektmål, f.eks. om patienterne fik tilbagefald eller havde fået det bedre, og forsøgene må have været dårligt blindede, fordi bivirkningerne af lithium er meget udtalte.

Hvis vi vil vide, hvad lithium gør ved mennesker, har vi brug for store forsøg med noget i placeboen, der giver bivirkninger, så det er vanskeligere at bryde blindingen, og der skal være en lang opfølgning, når den randomiserede fase er ovre, hvor patienterne langsomt udtrappes af lithium, så vi

kan se, hvad langtidsskaderne er. Vi ved allerede, at lithium kan forårsage irreversibel hjerneskade.[123]

Det er ikke et lægemiddel, jeg ville anbefale nogen at tage.

Antiepileptika

Som allerede nævnt fordobler antiepileptika risikoen for selvmord.[126] Psykiaterne bruger dem meget, men som de fleste andre stoffer, der bruges i psykiatrien, er deres vigtigste virkning at undertrykke følelsesmæssige reaktioner ved at skabe en vis følelsesløshed og gøre folk sløve.[56]

Ligesom de fleste andre psykofarmaka bruges de til stort set alt. Jeg har set så mange patienter komme ind ad døren til psykiatrien med en række "startdiagnoser", som alle ender med at få ordineret en horribel cocktail af medikamenter, der inkluderer antiepileptika.

Jeg er ikke overrasket over, at psykiaterne synes, at antiepileptika ”virker” på mani, fordi alt, der slår folk i gulvet og sætter dem ude af stand til at fungere, synes at ”virke” på mani. Men det er intet andet end en kemisk spændetrøje.

Antiepileptika er ikke kun sløvende, de kan også have den modsatte virkning og gøre folk maniske.[126] Depressionspiller kan også gøre folk maniske, men det er ikke ønskværdigt, da det sædvanligvis fører til en kaskade af flere farlige stoffer som f.eks. neuroleptika og lithium, som øger risikoen for at dø og gør det meget vanskeligt for patienterne nogensinde at vende tilbage til et normalt liv. Desuden kaldes patienterne nu bipolare, selvom de døjer med en medicinskade.

Lægemidler mod epilepsi har mange andre skadevirkninger, f.eks. udvikler 1 ud af 14 patienter på gabapentin ataksi, hvilket, som netop forklaret, er en mangel på frivillig koordinering af muskelbevægelser.

Psykiaterne kalder disse forfærdelige medikamenter "stemningsstabilisatorer", hvilket de ikke er, og de har aldrig forklaret den præcise betydning af dette udtryk.[9] Jeg googlede stemningsstabilisatorer: ”psykofarmaka, der hjælper med at kontrollere svingninger mellem depression og mani ... almindeligt brugt til behandling af mennesker med bipolar stemningsforstyrrelse og sommetider mennesker med skizoaffektive lidelser og borderline personlighedsforstyrrelse”. De bruges til meget andet, og praktisk talt enhver psykiatrisk ”karriere”-patient får dem. Lige under denne

post på Google kunne jeg læse, at stemningsstabilisatorer ikke kun omfatter antiepileptika og lithium, men også asenapin, som er et neuroleptikum. Stemningsstabilisatorer ser således ud til at være et fleksibelt plus-ord. De glemte at nævne alkohol og cannabis, måske fordi det ikke er receptpligtige stoffer og derfor ikke har nogen kommerciel interesse for medicinalindustrien.

Jeg er ofte stødt på patienter, der er på lamotrigin, et antiepileptikum. Der blev kun offentliggjort to positive forsøg med dette lægemiddel, mens syv store, negative forsøg ikke blev publiceret.[127] To positive forsøg er alt, hvad der kræves for en FDA-godkendelse, og agenturet betragter de andre som mislykkede forsøg, selvom vi ser et mislykket lægemiddel. Du skal have en livlig fantasi for at kunne forestille dig, hvad der foregår i lægemiddelagenturerne, og hvor langt de er villige til at gå for at imødekomme medicinalindustriens interesser.[51] Bundlinjen er, at lægemiddelreguleringen ikke fungerer. Hvis den gjorde det, ville vores receptpligtige lægemidler ikke være den tredjehyppigste dødsårsag,[128-138] og vores psykofarmaka ville ikke være kommet tæt på denne rekord.[4]

Svindelen i de kliniske forsøg på dette område er massiv.[4] Du skal ikke tro på noget af det, du læser. Medmindre du har epilepsi, skal du glemme alt om disse stoffer og søge hjælp til at komme ud af dem, så hurtigt du kan.

Piller for den sociale konstruktion, der kaldes ADHD

Jeg har aldrig hørt om et psykofarmakon, der hovedsagelig bruges på kort sigt. Alle sammen, selv benzodiazepiner, bruges i årevis af de fleste patienter, og lægemidler til den sociale konstruktion, der kaldes ADHD, er ingen undtagelse.

Disse stoffer er stimulanser og fungerer som amfetamin; nogle af dem er faktisk amfetamin. Den måde, WHO beskriver dem på, er interessant.[139] Under overskriften "Håndtering af stofmisbrug: amfetamin-type stimulanser", siger de:

”Stimulerende stoffer af amfetamin-type (ATS) henviser til en gruppe stoffer, hvis hovedmedlemmer inkluderer amfetamin og methamfetamin. En række andre stoffer falder imidlertid også indenfor denne gruppe, såsom methcathinon, fenetyllin [sic], efedrin, pseudoefedrin, methylphenidat og MDMA eller ”Ecstasy” - et derivat af amfetamin-type med hallucinogene

egenskaber. Brugen af ATS er et globalt og voksende fænomen, og i de senere år har der været en markant stigning i produktionen og brugen af ATS over hele verden. I løbet af det sidste årti har misbrug af stimulanser af amfetamin-type (ATS) fundet vej ind i mainstream-kulturen i visse lande. Især yngre mennesker ser ud til at have en skæv fornemmelse for stoffernes sikkerhed og tror temmelig fejlagtigt, at stofferne er sikre og godartede ... den nuværende situation kalder på omgående handling".

Krystal meth er det almindelige navn for krystalliseret methamfetamin, et stærkt og meget vanedannende stof. I 2017 angav ca. 0,6% af den amerikanske befolkning at have brugt methamfetamin i det forløbne år.[140] Brugen af receptpligtige stimulanser var 0,8% i den danske befolkning, også i 2017.

Hvorfor nævner WHO ikke med ét ord, at den stigende brug af stimulanser på recept også er et enormt problem? Hvorfor denne dobbeltmoral?

Der var 10.333 dødsfald på grund af overdosis af stimulanser i USA i 2017,[140] sammenlignet med kun 1.378 i 2007.

Meth betragtes som særlig farlig. Vi ved ikke, hvor mange mennesker der dræbes af stimulanser på recept, men vi ved, at nogle børn på disse stoffer pludselig døde i klasseværelset.

Vi ved også, at stimulanser øger risikoen for vold,[129] hvilket ikke er overraskende i betragtning af deres farmakologiske virkninger. Men psykiaterne siger det modsatte. Jeg har hørt dem hævde mange gange, også under en høring i Folketinget, at Ritalin (methylphenidat) beskytter mod kriminalitet, ungdomskriminalitet og stofmisbrug. Det er ikke sandt - om noget, så gør de det modsatte.[142]

Ligesom for andre psykofarmaka er langtidsvirkningerne skadelige.[4] Dette blev vist i det store amerikanske MTA-forsøg, der randomiserede 579 børn og rapporterede resultater efter 3, 6, 8 og 16 år.[142-146] Efter 16 år var de, der konsekvent tog deres piller, 5 cm kortere end dem, der tog meget lidt, og der var mange andre skader.[146] Vi kan kun spekulere over, hvilke permanente effekter disse stoffer kunne have på børnenes hjerner, der er under udvikling.

Den kortsigtede virkning er, at medicinen kan få børn til at sidde stille i klassen, men denne virkning forsvinder ret hurtigt. Kortsigtede skader inkluderer tics, andre rykninger og anden adfærd, der ser ud til at være tvangssymptomer, som alle kan blive ret almindelige.[9,147] Stimulerende

midler reducerer den spontane mentale og adfærdsmæssige aktivitet, herunder social interesse, hvilket fører til apati eller ligegyldighed, og mange børn - mere end halvdelen i nogle undersøgelser - udvikler depression og tvangsmæssig, meningsløs adfærd.[56,148]

Dyreforsøg har bekræftet dette,[148] og vi har dokumenteret andre skader, f.eks. at lægemidlerne forringer reproduktionen, selv efter at dyrene er ophørt med at få dem.[149]

I skolen tolkes den tvangsmæssige opførsel ofte som en bedring, selvom barnet måske kun obsessivt kopierer alt, der vises på tavlen uden at lære noget. Nogle børn udvikler mani eller andre psykoser,[56,150] og skaderne af medikamenterne fejltolkes ofte som en forværring af den sociale konstruktion, der kaldes en ”sygdom”, hvilket fører til yderligere diagnoser, f.eks. depression, obsessiv-kompulsiv lidelse eller bipolar lidelse - og yderligere lægemidler, der fører til kronicitet.[148]

Forsøg med ADHD-medicin er upålidelige i ekstraordinær grad, selv efter psykiatrisk målestok, og derfor er de fleste systematiske oversigter af forsøgene også meget upålidelige. En Cochrane-gennemgang af methylphenidat til voksne var så dårlig, at den kritik, vi og andre fremsatte, førte til, at den blev trukket tilbage fra Cochrane-biblioteket.[151] To Cochrane-oversigter udført af mine tidligere ansatte, der var tilstrækkeligt opmærksomme på skævhederne, fandt, at hvert eneste forsøg, der nogensinde er udført, er stærkt upålideligt.[152,153]

Vi fandt også, at indberetningen af skader er yderst upålidelig.[153] I det britiske lægemiddelagenturs gennemgang blev "psykose/ mani" rapporteret at forekomme hos 3% af patienterne behandlet med methylphenidat og hos 1% af dem, der fik placebo. Estimatet på 3% er 30 gange højere end risikoen for "nye psykotiske eller maniske symptomer" på 0,1%, som FDAs oplysninger til lægerne advarer om. Vi stødte også på uoverensstemmelser i agenturernes dokumenter. Det britiske lægemiddelagenturs offentlige vurderingsrapport meddelte, at aggressionsraten for patienter på methylphenidat var 1,2% på side 61 og 11,9% på side 63, baseret på den samme population og opfølgningstid.[153] Vi observerede desuden enorme forskelle på tværs af forsøgene, der ikke kunne forklares ved forsøgsdesign eller patientpopulationer, f.eks. fik 11% nedsat libido på methylphenidat i ét forsøg mod kun 1% i en samlet analyse af tre andre forsøg. Idet livskvaliteten blev målt i 11 forsøg, men kun rapporteret i 5, hvor der blev fundet

en ret lille effekt,[153] er det rimeligt at antage, at livskvaliteten forværres på ADHD-medicin, hvilket også er det, børnene fortæller om. De kan ikke lide medicinen.

At gøre det rigtige i psykiatrien er sjældent muligt. En irsk børnepsykiater fortalte mig, at han blev suspenderet, fordi han ikke gav sine børn psykofarmaka, herunder ADHD-medicin.

I stedet for at ændre vores børns hjerner, bør vi ændre deres miljø. Vi bør også ændre psykiaternes hjerner, så de ikke længere ønsker at dope børn med narkotika på recept; måske ville ”psykoedukation” hjælpe? ADHD-medicin ordineres meget mere til børn af forældre med lavstatus jobs sammenlignet med børn af veluddannede forældre.[154] Ligesom neuroleptika bruges disse lægemidler som en form for social kontrol.

En britisk dokumentar var meget afslørede med hensyn til, hvad der er nødvendigt. Den viste meget forstyrrende børn, som var så vanskelige at håndtere, at selv kritiske psykiatere nok ville konkludere, at ADHD-medicin var nødvendig. ”Vi kan ikke have børn hængende i gardinerne”, som en børnepsykiater sagde til mig under en høring i Folketinget om medicinering af børn. Familierne fik imidlertid hjælp fra psykologer, og det viste sig, at børnene var forstyrrede, hvilket var grunden til, at de var forstyrrende. En mor, der altid irettesatte sin “umulige” datter, blev belært om at rose hende i stedet for, og lidt senere havde hun udviklet sig til et meget sødt barn, der ikke længere var fjendtlig over for sin mor.

Seksuelt misbrug af børn er skræmmende almindeligt og enormt skadeligt. Du kan nemt finde henvisninger på Internettet til det faktum, at ca. et ud af ti børn er blevet seksuelt misbrugt før deres 18-års dag. Hvis et barn opfører sig dårligt, er provokerende og trodsigt, kan dette let føre til en ADHD-diagnose eller til diagnosen borderline personlighedsforstyrrelse, selvom det er en reaktion på en frygtelig situation med vedvarende seksuelt misbrug, som barnet ikke tør fortælle om til nogen.

En af mine kolleger, børne- og ungepsykiater Sami Timimi, spørger ofte forældre, der ønsker, at han giver deres barn medicin mod ADHD:[54] ”Forestil dig, at dette stof fungerer perfekt; hvilke ændringer er det så, du håber på at opnå?”. Dette spørgsmål overrasker muligvis forældrene, men det er vigtigt at lægen venter, indtil en af forældrene bryder tavsheden og begynder at snakke om, hvilke ændringer de forestiller sig vil ske. Det hjælper Timimi med at forstå, hvad forældrene er mest optagede af. Er det

for eksempel adfærden derhjemme, forholdet til kammeraterne, præstationen i skolen, manglende fornemmelse for farer? Timimi svarer måske så, at intet stof i verden kan ændre disse ting for deres barn. Lægemidler træffer ikke beslutninger, eller har drømme og ambitioner, eller udfører handlinger.

Ved at finde ud af, hvad det er, forældrene gerne vil opnå, kan Timimi omdirigere deres forkærlighed for medicin til mere målrettede tiltag såsom at udvikle forældrenes færdigheder i at håndtere børn, som er mere „intense" end de fleste, og til at forstå den angst og stress, barnet kan føle, eller til at bakke op om en mere struktureret indsats i skolen. Han minder også forældrene om, at hvad vi ved med sikkerhed om børn, er, at de ændrer sig, når som de bliver ældre, og at de problemer, der kaldes ADHD (især hyperaktiviteten og impulsiviteten), har en tendens til at formindskes og forsvinde, når barnet modnes i ungdomsårene.

Idet ADHD kun er en mærkat og ikke en hjernesygdom, ville vi forvente, at flere af de børn, der er født i december, får en ADHD-diagnose og er i lægemiddelbehandling end dem, der er født i januar i den samme klasse, fordi de har haft 11 måneder mindre til at udvikle deres hjerner. En canadisk undersøgelse af en million skolebørn bekræftede dette.[155] Andelen af børn i behandling steg næsten lineært fra januar til december, og 50% flere af dem, der var født i december, var i lægemiddelbehandling.

ADHD-diagnosen skal ikke være en forudsætning for at få ekstra hjælp eller penge til skoler, som det er nu. Det driver forekomsten af denne diagnose i vejret hele tiden, og også brugen af AHDH-medicin, som var 3,4 gange højere i Danmark i 2017 end i 2007, en stigning på 240%.

Nogle lande har oplevet en kraftig stigning i brug af psykofarmaka til børn, der direkte kan henføres til partnerskaber mellem skoler og hospitaler. I en canadisk provins lobbyede hospitalerne aggressivt det personale, der tog sig af specialundervisningstilbud, og vejledere i gymnasiet, som til gengæld henviste ethvert barn, der var stresset, til den psykiatriske afdeling på børnehospitalet. Skolebestyrelsen hyrede en skolepsykiater, der samarbejdede med personalet om skolefravær og adfærdsmæssige problemer og anbefalede depressionspiller eller ADHD-medicin.

Skoler og hospitaler er blevet farlige steder for børn og unge. Hvor er det dog trist. Skoler skal stimulere børn og ikke pacificere dem med speed på recept.

1 Accepter aldrig nogensinde, at dit barn behandles med speed på recept.

2 Du må heller aldrig acceptere det selv, men skal stritte imod at blive et ansigtsløst nummer på det nye marked for voksne.

3 Henvend dig til børn med tålmodighed og empati, der giver dem mulighed for at vokse op og modnes uden medicin.

4 Arbejd på at ændre de mekanismer, der giver flere og flere børn en etiket med en psykiatrisk lidelse; de skal kunne få den hjælp, de har brug for, uden først at få en diagnose.

De sidste søm i den biologiske psykiatris ligkiste

Når jeg diskuterer psykiatriens tilstand med kritiske psykiatere, psykologer og farmaceuter, som jeg samarbejder med, spørger vi undertiden hinanden: ”Hvem er i gennemsnit mest gale - psykiaterne eller deres patienter?”.

Dette spørgsmål er ikke så langt ude eller retorisk, som det kunne se ud til. Da jeg googlede vrangforestilling, var den første post fra en ordbog fra Oxford: "En idiosynkratisk tro eller indtryk opretholdt på trods af, at den modsiges af virkeligheden eller et rationelt argument, typisk som symptom på en mental lidelse".

Som du allerede har set, lige fra starten af kapitel 1, og vil se mere af i det følgende, er hele psykiatrien præget af lige præcis dette. Psykiaternes dominerende idiosynkratiske overbevisninger deles ikke af mennesker, der betragtes som raske, dvs. den brede offentlighed, men psykiaterne opretholder dem indædt, selv når virkeligheden, inklusive den mest pålidelige videnskab, vi har, og rationelle argumenter, tydeligt viser, at deres grundlæggende overbevisninger er forkerte.

Hvis psykiatri havde været en forretning, ville den været gået konkurs, så lad os konkludere i stedet for, at den er moralsk og videnskabeligt bankerot.

Én definition af vanvid er at gøre det samme, igen og igen, og forvente et andet resultat. Når et lægemiddel ikke ser ud til at fungere særlig godt, hvilket er det meste af tiden, øger psykiaterne dosis, skifter til et andet lægemiddel fra samme klasse, tilføjer et andet lægemiddel fra den samme klasse, eller tilføjer et lægemiddel fra en anden klasse.

Videnskaben fortæller os meget tydeligt, at disse manøvrer ikke gavner patienterne. Skift af medikamenter, tilføjelse af medikamenter eller forøgelse af dosis resulterer ikke i bedre resultater.[156-158] Hvad der er sikkert, er, at forøgelse af den samlede dosis eller antallet af medikamenter øger forekomsten af alvorlige skader, inklusive irreversible hjerneskader, selvmord og andre dødsfald.[4,159,160] Neuroleptika skrumper hjernen på en dosisafhængig måde; hvorimod sværhedsgraden af sygdommen har minimal eller ingen virkning.[160]

Der er ingen pålidelige beviser for, at psykosen i sig selv kan skade hjernen.[161] Det samme gælder for andre psykiatriske lidelser, men psykiaterne lyver ofte for deres patienter og fortæller dem, at deres sygdom kan skade deres hjerne, hvis de ikke tager psykofarmaka. Psykiatriprofessor Poul Videbech skrev i 2014, at depression fordobler risikoen for demens,[162] men den metaanalyse, han citerede, nævnte ikke med ét eneste ord, hvilke behandlinger patienterne havde fået.[163] Andre undersøgelser tyder på, at det er lægemidlerne, der gør folk demente.[164,165]

Det er rutine overalt at øge dosis, selv når patienten har fået det bedre. En ofte hørt kommentar på konferencer på psykiatriske afdelinger er: "Patienten har det godt efter to uger på Zyprexa, så jeg vil fordoble dosis". Denne rutine er både vanvittig og skadelig. Psykiateren kan ikke vide, om patienten måske havde fået det endnu bedre uden Zyprexa. Lægerne vildleder sig selv og deres patienter hele tiden baseret på deres misvisende ”kliniske erfaring”, og deres behandlingsritualer er i direkte modstrid med videnskaben.

På denne måde ender mange patienter med en cocktail af meget skadelige medikamenter, som de måske aldrig slipper af med. Selvom det er svært at tro, bliver det værre. En amerikansk undersøgelse af ambulant psykiatri fandt, at antallet af ordinerede psykofarmaka steg markant på kun ni år frem

til 2006: besøg hvor tre eller flere lægemidler blev ordineret, fordobledes, fra 17% til 33%.[166] Recepter for to eller flere lægemidler fra den samme klasse steg også, selvom dette slet ikke burde forekomme.

Jeg blev engang inviteret til at følge med chefpsykiateren i en dag på en lukket afdeling. Vi talte med flere patienter. En af dem forekom mig at være helt normal og fornuftig, men til min store overraskelse spurgte psykiateren mig bagefter, om jeg kunne se, at han havde vrangforestillinger. Da jeg ikke kunne se det, forklarede han, at patienten havde vrangforestillinger, fordi han havde været på Internettet og havde fundet ud af, at neuroleptika er farlige. Jeg svarede, at de faktisk *er* farlige, og at det ikke er en vrangforestilling at mene det. Jeg var så forbløffet, at jeg ikke sagde mere.

Ved en anden lejlighed ringede jeg til en psykiatrisk afdeling på Amager, der har et meget dårligt omdømme på grund af de patienter, som psykiaterne har dræbt med deres lægemidler.[45] En desperat patient i stor nød havde ringet til mig, men det var ikke muligt for mig at komme igennem til en psykiater, selvom jeg er kollega, og det var inden for normal arbejdstid. Jeg insisterede på at tale med nogen og blev henvist til en afdelingssygeplejerske. Hun bad mig om ikke at involvere mig, fordi patienten havde vrangforestillinger. Da jeg spurgte på hvilken måde, sagde hun, at han havde fundet ud af, at neuroleptika er farlige. Jeg spurgte, om hun vidste, hvem hun talte med. Åh jo, hun kendte mig godt.

Jeg skal nu beskrive mere af den absurde vrangforestillingsverden, der råder inden for psykiatrien, med nogle eksempler.

En af mine psykiatervenner sendte et brev til en familielæge om en 21-årig studerende, der for nylig blev udskrevet fra et privathospital, efter at hun havde fået 21 TCMS. Da jeg spurgte, hvad dette er, svarede min ven: ”Transkraniel magnetisk stimulation, det seneste i en lang række af skøre modefænomener, der har ramt psykiatrien, designet til at adskille de bekymrede raske fra deres penge”.

Da hun blev mere og mere ængstelig, fik hun 12 elektrochok. Hun havde to diagnoser, borderline personlighedsforstyrrelse og bipolar affektiv lidelse, og blev udskrevet med disse lægemidler (p.n: efter behov; b.d.: to gange daglig):

Lægemiddel	Type af medicin
diazepam op til 20 mg/dag	sovepille/ beroligende
fluvoxamin 300 mg/dag	depressionspille
mirtazapin 45 mg om aftenen	depressionspille
quetiapin 400 mg om aftenen	neuroleptikum
quetiapin op til 600 mg/dag p.n.	neuroleptikum
aripiprazole 10 mg om morgenen	neuroleptikum
olanzapine op til 20 mg/dag p.n	neuroleptikum
valproat 1000 mg om aftenen	antiepileptikum
lamotrigin 100 mg b.d.	antiepileptikum
topiramat 50 mg b.d.	antiepileptikum
lithium 1250 mg/dag	"stemningsstabilisator"

Dette er vanvittigt og er grove lægefejl. Ingen i hele verden ved, hvad der vil ske, når alle disse stoffer gives samtidig, kun at det er langt farligere, end hvis der bruges færre stoffer.

Henvisningsbrevet bemærker, at patienten sover tungt, og hendes appetit er overdreven. Hun prøver at slanke sig med en diæt, da hun har taget ca. 50 kg på, efter hun startede på medicinen. Hun har ikke megen energi, interesse eller motivation, træner ikke, blander sig ikke socialt og har ingen seksuel interesse. Hun føler sig undertiden langt nede og elendig med lejlighedsvise selvmordstanker, fordi hun ikke kan lide sig selv, og har også anfald, hvor hun føler sig "manisk", hvor hun er ubehageligt ophidset og har hang til at bruge for mange penge i håbet om at få det bedre.

Hun har også hyppige anfald af agitation og irritabilitet og har beskrevet klassisk akatisi. Hun har ingen paranoide ideer; er ritualistisk omkring sikkerhed og orden, men der er ingen rigtige tvangstanker. Hun har været ængstelig siden folkeskolen.

Min kollega afsluttede sit brev med at fortælle familielægen, at denne sag var en perfekt demonstration af, hvorfor han havde offentliggjort væsentlige indvendinger mod mainstream-psykiatrien. Patienten havde en ængstelig personlighed med sekundær depression og havde ikke borderline personlighedsforstyrrelse; bortset fra det kunne ingen af dem, der bruger denne diagnose, sige, hvad den grænser op til.

”Hvis hun forbliver på dette niveau af medicin, dør hun, før hun fylder 40. Hun er klar over dette og vil gerne trappe ned, men lægemidlerne er alle

meget vanedannende og kan forårsage alvorlige ophørsreaktioner, der ligner alvorlige psykiske lidelser”.

En retssag, jeg var involveret i, var ikke anderledes. Det er en typisk historie, der illustrerer den rolle, depressionspiller spiller, som "psykiatriens starter-kit".

Så vidt jeg kan se, burde denne unge mand aldrig have været i behandling med et psykofarmakon. Han skulle have fået tilbudt psykoterapi for sine problemer, der syntes at være forbigående. Dertil kommer, at han var velfungerende, dengang hans psykiater besluttede at give ham en depressionspille for ”depression”.

Hans psykiatriske ”karriere” varede 33 år, før det endelig lykkedes ham at slippe af med det sidste lægemiddel, men han lider stadig af langvarige abstinenser. Hans medicinliste i alle disse år er overvældende. Han fik ordineret de tre hovedtyper af psykofarmaka, beroligende midler/ sovemedicin, depressionspiller og neuroleptika, til og fra i forskellige kombinationer, svarende til i alt tre forskellige beroligende midler/ sovemedicin, fem depressionspiller og seks neuroleptika. Han udviklede også parkinsonisme, højst sandsynligt på grund af medicinen, og blev behandlet for det. Beroligende midler/ sovemedicin blev udskrevet i ca. 10 år, depressionspiller i ca. 25 år og neuroleptika i ca. 30 år, og der var en betydelig grad af polyfarmaci.

Det er utroligt, at nogen kan overleve alt dette og fortsætte med at arbejde.

Psykiateren stoppede medicinen brat mange gange. Det er en meget farlig lægefejl ikke at trappe langsomt ud af disse stoffer efter at have sat en patient på dem i længere tid.

Jeg håber, at han vinder sagen, men desværre er dommere meget autoritært indstillet og lægger altid vægt på, hvad andre psykiatere gør i lignende situationer. Dette er klogt som en generel forholdsregel, men ikke når stort set alle fejler. Hvis en bank bedrager sine kunder, hjælper det ikke i retten, at andre banker gør det samme. Hvorfor undskylder man så alle i psykiatrien? Hvordan skal det nogensinde blive muligt at vinde retssager i betragtning af denne uretfærdighed?

Lejlighedsvis er der dog en sag, der vindes.[4] Wendy Dolin i Chicago sagsøgte GlaxoSmithKline efter at hendes mand, en meget succesrig advokat, der elskede livet og ikke havde psykiatriske problemer, blev sat på paroxetin, fordi han udviklede en vis ængstelse i forbindelse med sit arbejde. Han fik akatisi og kastede sig ud foran et tog seks dage efter, han startede på paroxetin, uden at det gik op for ham, at det ikke var ham, der var blevet gal; det var pillerne, der gjorde ham gal. Baum & Hedlund i Los Angeles vandt sagen, men hvad så? GlaxoSmithKline appellerede dommen.

Da Wendy hørte, at jeg havde arrangeret et møde om psykiatri i forbindelse med min boglancering i 2015,[4] besluttede hun sig for at tage til København og fortælle sin historie. Fire andre kvinder, der havde mistet en mand, søn eller en datter til medicinfremkaldt selvmord, hvor der heller ikke var nogen som helst god grund til at ordinere depressionspiller, kom også for egen regning. Mit program var allerede fuldt, men jeg skaffede plads til dem. Det blev det mest bevægende punkt på hele dagen. Der var total stilhed, mens de fortalte deres historier, som kan ses på YouTube.[167]

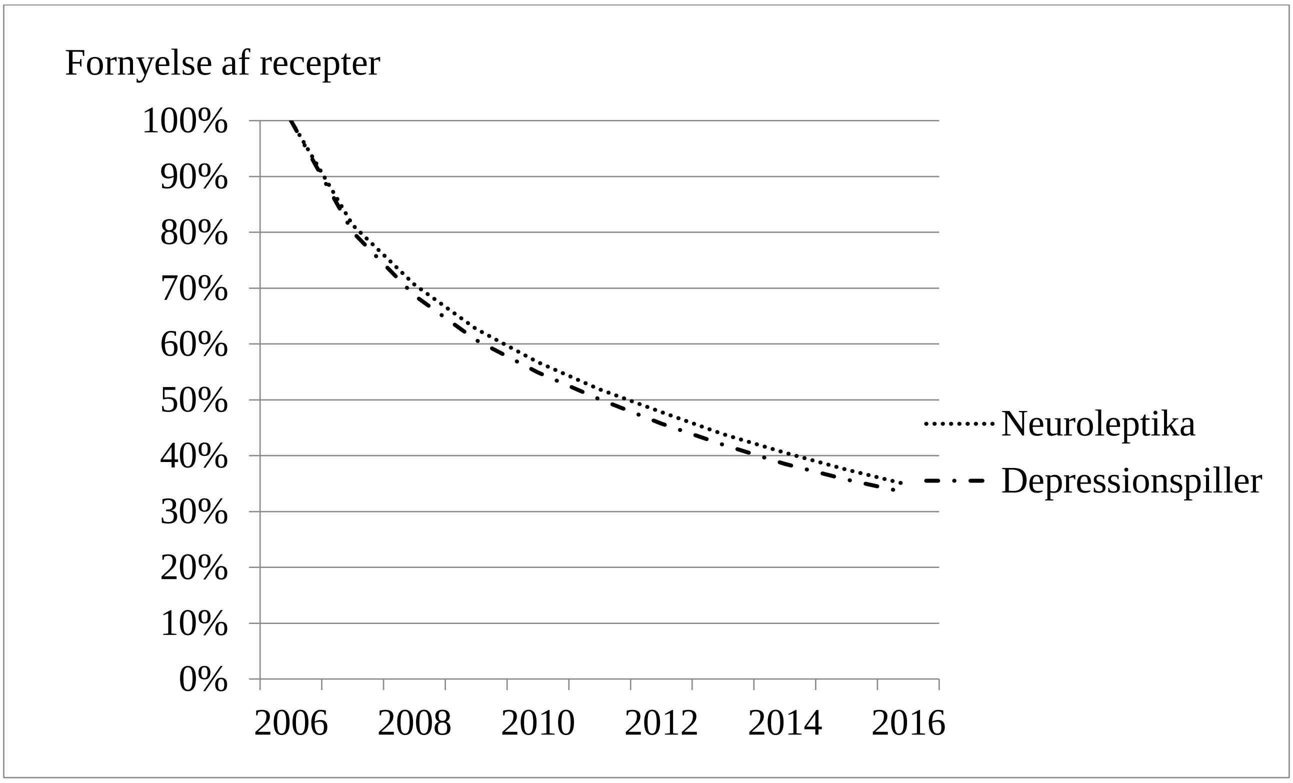
Det kolossale forbrug af psykofarmaka er ikke evidensbaseret, men drives af et kommercielt pres. Jeg har undersøgt, om to vidt forskellige medicinklasser, neuroleptika og depressionspiller, opviser lignende mønstre i langtidsbrug. Brugsmønstrene burde være meget forskellige, fordi den vigtigste indikation for neuroleptika, skizofreni, traditionelt har været opfattet som en kronisk tilstand, hvorimod den vigtigste indikation for depressionspiller, depression, er blevet opfattet som episodisk.

De var imidlertid ikke forskellige. De var nærmest ens (se figuren).[169]

Jeg startede uret i 2006 og fulgte patienterne fremad i tiden. Det år fik 2,0% af den danske befolkning en recept på et neuroleptikum og 7,3% for en depressionspille. Mange af patienterne havde allerede taget medicinen i årevis, men denne gruppe af mennesker inkluderede også nogle, der var førstegangsbrugere i 2006, nemlig 19,8% mod 20,0%. Det var en bemærkelsesværdig lignende procentdel for to grupper med vidt forskellige lægemidler, der blev brugt til vidt forskellige lidelser.

Patienterne fik en ny recept hvert eneste år, indtil de stoppede eller nåede frem til 2016, mit sidste observationsår, hvor 35% mod 33% af patienterne stadig var i behandling.

Andelen af brugere i Danmark der fik en recept for det samme eller et lignende lægemiddel hvert år efter 2006.



Disse resultater er chokerende. Uanset hvad de mangelfulde retningslinjer måtte have forsøgt at fortælle lægerne, fungerede de ikke som forventet, og brugen af medicin var åbenlyst ikke evidensbaseret. Jeg følte næsten, at jeg havde opdaget en ny naturlov. I modsætning til vores fornemmelser falder 1 kg fjer med samme hastighed som 1 kg bly, forudsat at de falder i et vakuum, i henhold til tyngdeloven. På samme måde faldt brugen af disse to vidt forskellige klasser af lægemidler med samme hastighed. En stor del af patienterne fortsætter med at tage deres medicin, år ud og år ind, i mere end et årti.

Dette er iatrogen skade af episke proportioner. Patienterne bryder sig så lidt om at tage medicinen, at deres læger er nødt til at overtale dem til at tage den. En sådan overtalelse er ikke nødvendig for at motivere folk til at tage børneaspirin efter et hjerteanfald for at reducere risikoen for et nyt anfald. Patienter tvinges endda til at tage neuroleptika mod deres vilje "for deres egen skyld". Hvis de ikke blev tvunget til det, ville få tage dem. Når raske mennesker har taget et neuroleptikum bare for at opleve, hvordan det er, har

de fortalt mig eller har offentliggjort, at de var ude af stand til at fungere i flere dage![170] Vanskeligheder med at læse eller koncentrere sig og en manglende evne til at arbejde er almindelige skader - men hele kroppen påvirkes. Vi kan ikke være i tvivl om den kraftige effekt af disse toksiner.

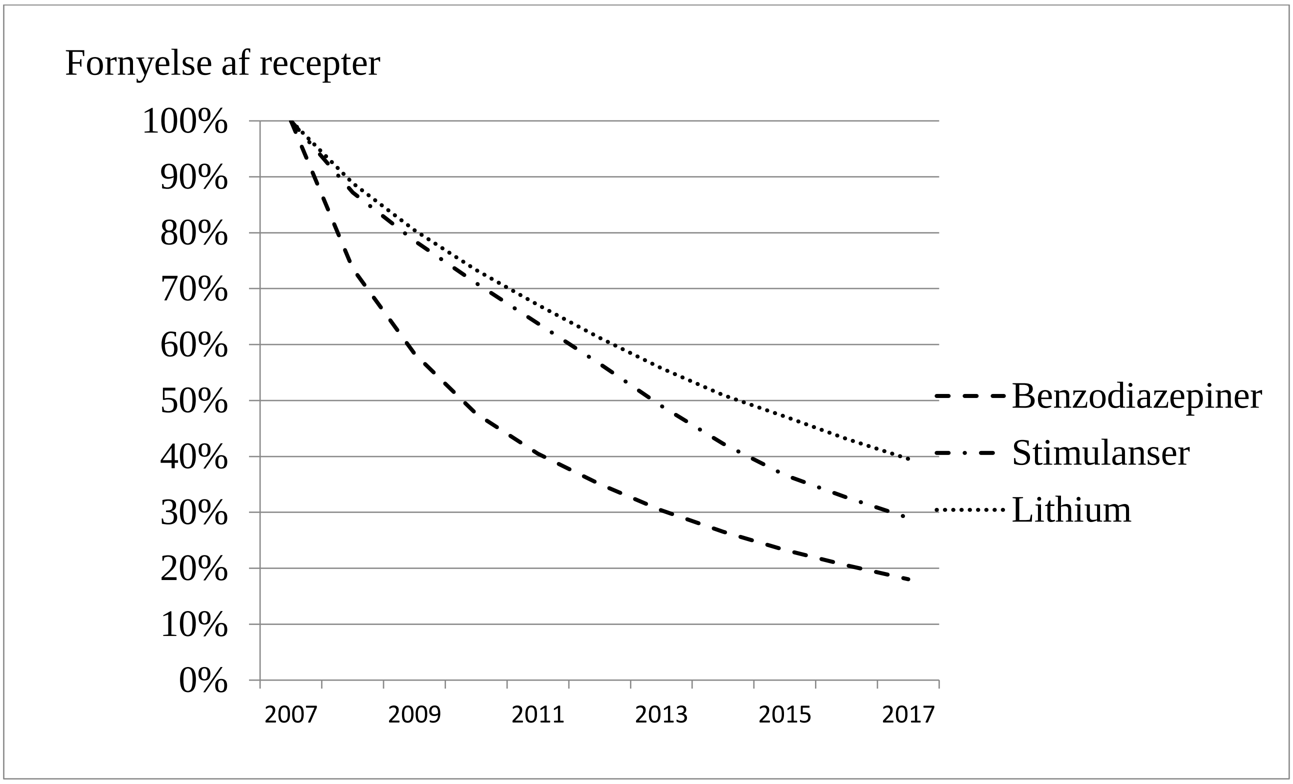
Det, vi ser, er resultatet af et systematisk bedrag af læger og patienter. Patienterne bliver rutinemæssigt bedt om at udholde skaderne, fordi det kan tage nogen tid, før lægemiddeleffekten sætter ind. De får ikke at vide, at det, de opfatter som en lægemiddeleffekt, er den spontane bedring, der ville have fundet sted uden lægemidlet, eller at det kan være vanskeligt at stoppe medicinen igen. Løgnen om den kemiske ubalance har også bidraget. Patienterne siger ofte, at de er bange for at blive syge igen, hvis de holder op med at tage deres medicin, fordi de mener, at der er noget kemisk galt med dem.

Mainstream-psykiatri er ligeglad med beviserne, men fortsætter bare forretningen som sædvanlig, mens de lader som om, at mine resultater ikke findes, og de vil sige, at ”vi alle ved, at langtidsbehandling er godt for patienterne, for hvis de ikke får deres medicin, får de tilbagefald”. I 2014 skrev norske psykiatere om, hvad de kaldte en "alarmerende høj ophørsrate" af neuroleptika hos patienter med skizofreni, 74% på 18 måneder. Jeg vil kalde det et sundhedstegn, men psykiaterne hævdede, at det understregede ”klinikernes behov for at være udstyret med behandlingsstrategier, der optimerer kontinuerlig antipsykotisk medicinbehandling”.[171] Virkelig? Hvad med tvangsfodring med piller, ligesom Strasbourg-gæssene fodres for at producere foie gras? Neuroleptika gør mennesker fede. Men psykiaterne behøver ikke at gøre dette. Når de ikke får deres vilje, eller patienterne spytter tabletterne ud, kan de bruge depotinjektioner.

Derefter besluttede jeg mig for at finde ud af, om der var et lignende mønster for brugen af benzodiazepiner og lignende stoffer (beroligende midler/ sovemedicin), lithium og stimulanser (ADHD-medicin).

Da vi har vidst i årtier, at benzodiazepiner og lignende lægemidler er meget vanedannende og kun bør bruges i op til fire uger (begrænset brug blev anbefalet allerede i 1980 i England),[172,173] også fordi den terapeutiske virkning forsvinder hurtigt, burde brugen af disse lægemidler være meget lav, og langt de fleste brugere i et givet år burde derfor være førstegangsbrugere. Dette var slet ikke tilfældet:[174]

Andelen af brugere i Denmark der fik en recept for det samme eller et lignende lægemiddel hvert år efter 2007.



I 2007 fik 8,8% af den danske befolkning en recept på et benzodiazepin eller lignende middel, 0,24% på lithium og 0,16% på et stimulerende middel. For benzodiazepiner var kun 13,0% førstegangsbrugere. For de to andre lægemidler var antallet henholdsvis 40,4% og 11,2%.

Patienterne fik en ny recept hvert eneste år, indtil de stoppede eller kom frem til 2017, mit sidste observationsår, hvor henholdsvis 18%, 29% og 40% stadig var i behandling.

Disse fund er også foruroligende. Uanset hvilke psykofarmaka patienterne tager, eller hvad deres problem er, er ca. en tredjedel af dem stadig i behandling med det samme stof eller et lignende ti år senere. For benzodiazepiner og lignende stoffer var fortsat brug efter ti år “kun” 18%, men i betragtning af hvad vi ved om disse stoffer, kan det hævdes, at det burde have været nul mange år før 2017. Dette er en katastrofe. Det samme kan siges om brugen af de fire andre typer lægemidler, som var meget ens, idet spændvidden kun gik fra 29% til 40% (se figurerne).

Hvis vi accepterer de evidensbaserede forudsætninger om, at disse medikamenter ikke har nogen værdifulde virkninger, især ikke i betragtning af deres betydelige skader, og at patienterne generelt ikke kan lide dem, viser dataene et kolossalt overforbrug af medikamenterne i nogenlunde samme grad.

Psykiatriens hovedfokus for de næste årtier bør være at hjælpe patienterne med at trappe langsomt og sikkert ud af de medikamenter, de får, i stedet for at fortælle dem, at de er nødt til at fortsætte med dem. Men det vil ikke ske. Psykiatriens fokus er på sig selv - en slags evig selfie, den sender til verden hele tiden.

Brugen af psykofarmaka fortsætter med at stige markant i stort set alle lande. I Storbritannien steg recepter på neuroleptika med gennemsnitligt 5% om året og for depressionspiller med 10%, fra 1998 til 2010.[175]

I Danmark steg salget af SSRI fra et lavt niveau i 1992 næsten lineært med en faktor 18, tæt relateret til antallet af produkter på markedet, der steg med en faktor 16 (r = 0,97, hvilket er en næsten perfekt sammenhæng).[176] Dette bekræfter, at brugen bestemmes af markedsføringen.

Det tog næsten 30 år, efter vi havde beviserne, før det blev almindeligt accepteret, at benzodiazepiner er vanedannende.[172] Dette var forventet og burde have været undersøgt fra begyndelsen, fordi deres forløbere, barbituraterne, er meget vanedannende. Det første barbiturat, barbital, blev introduceret i 1903, men det tog 50 år, før det blev accepteret, at barbiturater er vanedannende.

Benzodiazepinafhængighed blev dokumenteret i 1961 og beskrevet i *BMJ* i 1964. Seksten år senere offentliggjorde Storbritanniens komité for medicintilsyn en systematisk oversigt over benzodiazepiner,[173] som konkluderede, at afhængighedspotentialet var lavt, idet man vurderede, at kun 28 personer var blevet afhængige fra 1960 til 1977. Faktum var, at millioner var blevet afhængige. I 1988 vågnede myndighederne endelig op og skrev til lægerne om deres bekymringer.[172]

Men festen fortsatte, og historien gentog sig. Det faldende forbrug af benzodiazepiner blev erstattet af en lignende stigning i brugen af depressionspiller,[176] og en masse af det, der tidligere blev kaldt angst og behandlet med benzodiazepiner, blev nu bekvemt kaldt depression.[5] Lægemiddelfirmaer, klinikere og myndigheder benægtede i årtier, at også depressionspiller gør folk afhængige.[172] Vi lavede en systematisk oversigt over abstinens-

symptomerne og fandt, at de blev beskrevet med lignende ord for benzodiazepiner og SSRI og var meget ens for 37 ud af 42 symptomer.[177]

Vores undersøgelse fra 2018 af 39 populære hjemmesider fra 10 lande var også afslørende:[32] 28 hjemmesider advarede patienterne om ophørssymptomer, men 22 oplyste, at SSRI ikke er vanedannende; kun én erklærede, at pillerne kan være vanedannende og advarede om, at folk "kan få abstinenssymptomer".

Imipramin kom på markedet i 1957, og en artikel fra 1971 beskrev afhængighed af dette stof, da det blev testet på seks raske frivillige.[178] Som jeg skrev på den første side i denne bog, anså 78% af 2.001 lægfolk depressionspiller for at være vanedannende i 1991.[179]

Således har vi vidst i mindst 50 år, at depressionspiller er vanedannende, og patienterne har vidst det i mindst 30 år, men 50 år efter vi fik denne viden, blev afhængighedsproblemet stadig bagatelliseret af UK Royal College of Psychiatrists og National Institute for Health and Care Excellence (NICE),[180] samt i resten af verden.

Usande oplysninger om udtrapning fra britiske psykiatere

I 2020 var jeg medforfatter på en artikel skrevet af psykologiprofessor John Read, "Hvorfor adskiller officielle redegørelser om antidepressivas ophørssymptomer sig så meget fra forskningsresultaterne og patienternes erfaringer?".[180] Vi skrev, at retningslinjerne fra NICE fra 2018 angav, at depressionspillers ophørssymptomer "normalt er milde og selvbegrænsende i løbet af ca. 1 uge, men kan være svære, især hvis medicinen stoppes pludseligt", og at retningslinjerne fra den Amerikanske Psykiaterforening hævdede, at symptomerne "typisk forsvinder uden specifik behandling i løbet af 1-2 uger".

En systematisk oversigt af James Davies og John Read viste imidlertid, at halvdelen af patienterne oplever ophørssymptomer; at halvdelen af dem med symptomer har den mest ekstreme sværhedsgrad, der findes på skalaen; og at nogle mennesker har symptomer i måneder eller endda år.[57] En undersøgelse blandt 580 personer fandt, at ophørssymptomerne varede i over 3 år hos 16% af patienterne.[57]

I februar 2018 skrev Wendy Burn, formand for den Britiske Psykiaterforening og David Baldwin, formand for dens psykofarmakologikomité,

i *The Times*, at ”Vi ved, at hos det store flertal af patienterne vil ubehagelige ophørssymptomer efter antidepressiva været forsvundet inden for to uger, efter at behandlingen er stoppet”.

Ni klinikere og akademikere skrev til Burn og Baldwin, at deres erklæring var ukorrekt og havde vildledt offentligheden om en vigtig sag, der drejede sig om offentlighedens sikkerhed. Vi bemærkede også, at foreningens egen undersøgelse af over 800 brugere af antidepressiva (*Coming Off Antidepressants*) fandt, at ophørssymptomer blev oplevet af 63% og varede i op til 6 uger, og at en fjerdedel fortalte om angst, der varede i mere end 12 uger. Vi skrev desuden, at foreningen inden for 48 timer efter offentliggørelsen af deres vildledende erklæring i *The Times* fjernede dokumentet *Coming Off Antidepressants* fra hjemmesiden.

Vi bad dem om at trække erklæringen tilbage eller fremlægge dokumentation. Baldwin sendte to industrifinansierede artikler med ham selv som førsteforfatter. Ingen af dem sagde noget om, hvor længe ophørssymptomerne varer.

Dernæst sendte vi en formel klage til psykiaterforeningen, underskrevet af 30 personer, inklusive ti, der havde oplevet abstinenser i et til ti år, ti psykiatere og otte professorer. Vi skrev:

”Folk kan blive vildledt af den usande erklæring til at tro, at det er let at trappe ud, og kan derfor forsøge at gøre det for hurtigt eller uden støtte fra lægen, andre fagfolk eller pårørende. Andre mennesker, der afvejer gavnlige og skadelige virkninger ved at starte antidepressiva, kan træffe en beslutning delvis baseret på denne forkerte information. Et yderligere problem er det faktum, at sådanne uansvarlige udsagn bringer foreningen, den psykiatriske profession (som nogle af os tilhører), og andre fagfolk i vanry”.

Vi henviste til adskillige undersøgelser og oversigter, der viser, at Baldwin-Burn-erklæringen var usand og bad dem om at trække den tilbage, forklare og undskylde deres vildledende udsagn; vejlede og uddanne alle talsmænd for foreningen, inklusive den nuværende formand, om vigtigheden af at sikre, at offentlige erklæringer er evidensbaserede og om begrænsningerne i at stole på kolleger, der modtager penge fra medicinalindustrien (f.eks. Baldwin); og at genindsætte dokumentet *Coming Off Antidepressants* på hjemmesiden.

Foreningens embedsmand, Adrian James, svarede, at der ikke var ”noget bevis for, at udsagnet i *The Times* var vildledende”. De afviste klagen,

og James gav fire begrundelser, hvoraf tre enten var irrelevante eller uhæderlige. Han gentog en tidligere påstand fra Burn om, at fjernelsen af undersøgelsen fra deres hjemmeside skete, fordi den var forældet. Selv da vi påpegede, at fjernelsen fandt sted inden for få timer efter, at vi havde påvist, at den indeholder data, der modsiger Baldwin-Burn-erklæringen, og at over 50 andre ting på hjemmesiden var forældede, men ikke fjernet, holdt James fast ved sin forklaring.

Den eneste relevante kommentar var, at Baldwin-Burn-erklæringen var i overensstemmelse med NICE-anbefalingerne, der sagde, at lægerne skulle rådgive patienterne om, at ophørssymptomerne "normalt er milde og selvbegrænsende i løbet af cirka en uge".

James forvanskede imidlertid NICE-erklæringen ved at udelade den næste sætning: "men kan være svære, især hvis medicinen stoppes pludseligt".

Fire måneder efter *The Times*-brevet sendte direktøren for foreningen, Paul Rees, et langt svar, der bare var et ekko af James' svar. Vi svarede, at Rees' eftertrykkelige udsagn om, at "det ikke er en del af foreningens funktion at være politi i en sådan debat", tydede på, at selv hans mest højtstående talsmænd kunne sige, hvad de ville, uanset om det var usandt eller skadeligt, og foreningen ville støtte dem - som den faktisk havde gjort i denne sag.

Vi forklarede, at vi nu var sikre på, at foreningen prioriterer sine interesser og den profession, de repræsenterer, højere end patienternes velbefindende; ikke værdsætter empiriske studier som grundlag for afgivelse af offentlige erklæringer og til løsning af tvister og derved har sat sig uden for det evidensbaserede lægemiddelområde; har en klageproces, der resulterer i, at væsentlige, omhyggeligt dokumenterede klager over alvorlige spørgsmål om offentlig sikkerhed ikke bliver undersøgt, men snarere afvist af én person; ikke har nogen interesse i at deltage i meningsfulde diskussioner med professionelle og patientgrupper, der sætter spørgsmålstegn ved foreningens holdning til et spørgsmål; er parat til at anvende åbenlyst uhæderlige taktikker for at forsøge at miskreditere rimelige klager og dermed har sat sig uden for etiske, faglige instansers domæne; er uvidende om eller ligeglade med den fordrejende indflydelse fra medicinalindustrien og behovet for at opretholde en stærk, etisk grænse mellem sig selv og profitbaserede organisationer.

Selvom foreningen ikke står til ansvar over for Parlamentet, eller over for nogen som helst, ser det ud til, så skrev vi til sundhedsministeren og underrettede regeringen om at:

”Den Britiske Psykiaterforening opererer i øjeblikket uden for de etiske, faglige og videnskabelige standarder, der forventes af en institution, der repræsenterer medicinske fagfolk ... Vi mener, at deres svar udgør en tillukkethed, uhæderlighed og manglende evne eller vilje til at samarbejde med en bekymret gruppe af fagfolk, forskere og patienter.

Hvis en gruppe forskere og psykiatere tilsammen ikke kan diskutere tingene på en måde, der fører til et passende, velovervejet svar og til et frugtbart engagement med klagerne, hvilket håb er der så for, at de enkelte patienter får taget en klage alvorligt?”.

Burn og Baldwin trak aldrig deres usande erklæring tilbage, eller pegede på forskning til støtte for den eller undskyldte for at vildlede offentligheden. Hverken James eller Rees tog nogensinde stilling til vores indvendinger over klageproceduren.

Vi offentliggjorde vores klage, og BBCs radioprogram, *Today,* dækkede klagen den 3. oktober 2018. Foreningen afslog at stille med en talsperson til debatten med John Read. I stedet repræsenterede Clare Gerada, tidligere formand for Foreningen af Praktiserende Læger, deres synspunkter. Hun rakkede klagen ned, kaldte den en "anti-antidepressiv historie", forsvarede kraftigt psykiaterforeningens holdning og sagde, at "langt de fleste patienter, der stopper med antidepressiva, har ikke nogen som helst problemer".

Senere lancerede det Medicinske Selskab en podcast-serie om sundhed. Den første udsendelse handlede om depressionspiller og udtrapning. En af de to interviewpersoner var Sir Simon Wessely, formand for selskabet (og tidligere formand for psykiaterforeningen). Den anden var Gerada. Ingen af dem afslørede, at de er ægtefæller, og begge understregede, at depressionspiller giver folk mulighed for at "leve et normalt liv".

Wessely afviste enhver forbindelse mellem depressionspiller og selvmord, til trods for at det er blevet så klart påvist, at man advarer imod det på indlægssedlerne. Han erklærede også kategorisk, at depressionspiller ikke er vanedannende. Gerada beklagede sig over, at "når tallene for recepter kommer frem, en gang om året, så ransager vi vores sjæl for, hvorfor vi udskriver for meget af denne medicin". Hun sagde, at hun personligt endda ordinerer den til folk, som hun ved "vil blive deprimeret" i fremtiden og

opfordrede "psykiaterne til at se bort fra den frygt, som jeg tror, at medierne og visse mennesker udbreder, og spørge, om der ikke er plads til, at antidepressiva kan bruges til at forebygge depression?”.

Med hensyn til udtrapning sagde Gerada: ”Som læge i 26 år … har formentlig 50% af de titusinder af patienter, jeg har set, haft et mentalt sundhedsproblem, og jeg kan tælle på én hånd de patienter, som har haft langvarige problemer efter at have trappet ud af antidepressiva eller problemer med at trappe ud”.

Hvis vi fortolker "titusinder" som 30.000, talte Gerada om cirka 15.000 mennesker med mentale sundhedsproblemer. I betragtning af hendes entusiasme for depressionspiller, som hun endda bruger "forebyggende", antog vi, at hun ordinerede dem til 25% af disse patienter, ca. 3.750 personer. Selv hvis kun halvdelen af dem nogensinde har forsøgt at stoppe med medicinen, hævder hun, at ophørssymptomer kun er forekommet hos fem ud af 1.875 eller 0,3%. Det nylige forskningsbaserede estimat af den faktiske forekomst, 56%,[57] er 210 gange større end Geradas kliniske erfaring.

Den 27. november 2018 inviterede BBC John Read og psykiateren Sameer Jauhar til at diskutere Davies’ og Reads oversigt i radioen. Jauhar forklarede, at "mit håb er, at folk ikke bliver bange for antidepressiva ... ved at tro, at de tal, der er blevet forelagt, gælder for dem". Da intervieweren spurgte, om patienterne var blev advaret om ophørssymptomer på forhånd, da de startede med antidepressiva, svarede Jauhar: ”Ja. Som med enhver anden medicin advarer man patienterne om bivirkninger”. Read sagde: "De to største undersøgelser, vi har foretaget, af 1800 og 1400 mennesker, viste, at når patienterne blev spurgt, om de nogensinde havde fået noget at vide om ophørssymptomer, sagde mindre end 2% i begge undersøgelser, at det var tilfældet.”[180]

I april 2019 offentliggjorde *Journal of Psychopharmacology* en kritik af Davies’ og Reads oversigt, der blev afvist som ”et partsindlæg”. Hovedforfatteren var Jauhar, i ledtog med blandt andre Baldwin og psykiater David Nutt, tidsskriftsredaktøren. Tre af de seks forfattere, Nutt, Baldwin og psykiateren Guy Goodwin, deklarerede betalinger fra 26 forskellige medicinalfirmaer, men Jauhar oplyste ikke om sine forskningsmidler fra Alkermes eller sine betalte foredrag for Lundbeck.

Journal of Psychopharmacology ejes af British Association of Psychopharmacology, der modtager penge fra industrien i form af sponsorerede

satellitsymposier, der ikke kontrolleres af foreningen. Både den nuværende formand, Allan Young, og tidligere formænd, herunder Nutt, har modtaget penge fra medicinalindustrien.

John Reads vedholdenhed betalte sig. Den 30. maj 2019 offentliggjorde psykiaterforeningen en erklæring, hvor de skrev, at "Afbrydelse af antidepressiva bør indebære, at dosis aftrappes langsomt for at mindske risikoen for ubehagelige symptomer, som kan forekomme gennem flere måneder ... Brugen af antidepressiva skal altid ledsages af en diskussion om det potentielle niveau af gavnlige og skadelige virkninger, herunder ved ophør".

Få timer senere forsøgte Allan Young imidlertid at underminere den kovending, foreningen havde foretaget. Han gentog fortællingen fra sine medicinalfirmaer: "Såkaldte ophørssymptomer er normalt milde til moderate og responderer godt på en simpel behandling. En angst for dette bør ikke overskygge den reelle nytte ved denne type behandling".

I september 2019 offentliggjorde Public Health England en historisk 152-siders oversigt over evidensen, der fremsatte vigtige anbefalinger, herunder om hvordan man kunne hjælpe mennesker med at trappe ud af depressionspiller og andre psykofarmaka, og om bedre forskning og mere korrekte nationale retningslinjer.[181] Den følgende måned opdaterede NICE sine retningslinjer i tråd med Davies' og Reads oversigt.

Hvad dette viser os er: Vi vidste i forvejen, at medicinalfirmaerne er ligeglade med patientsikkerheden, hvis det kan skade salget.[4,51] Vi ved nu, at psykiatriens ledere også er ligeglade med patientsikkerheden, hvis det kunne true deres eget omdømme, deres lavsinteresser, eller de pengestrømme, de modtager fra medicinalfirmaerne. Denne korruption af et helt medicinsk speciale gennemsyrer også vores myndigheder, der i høj grad er afhængige af specialister, når de udsteder retningslinjer.

Jeg beskrev nogle af de samme personer i min bog fra 2015 under overskriften: "Sølvrygge i Storbritannien udstiller psykiatriens organiserede fornægtelse".[4] Det startede med mit foredrag på åbningsmødet i Council for Evidence-based Psychiatry den 30. april 2014 i Overhuset, ledet af jarlen af Sandwich, "Hvorfor brugen af psykofarmaka måske gør større skade end gavn". De andre talere var psykiater Joanna Moncrieff og antropolog James Davies, der holdt lignende foredrag.

To måneder senere blev jeg mobbet af Nutt, Goodwin og tre mandlige kolleger i den første udgave af et nyt tidsskrift, *Lancet Psychiatry*.[182]

Deres stil og argumenter afslørede arrogancen og blindheden øverst i det psykiatriske hierarki overalt i verden. Titlen på deres artikel var: "Angreb på antidepressiva: tegn på dybtliggende stigmatisering?". Jeg blev direkte eller indirekte beskyldt for at være ”antipsykiatri”, ”antikapitalist”, have ”ekstreme eller alternative politiske synspunkter”, for at bringe et ”nyt lavpunkt i irrationel polemik ”, som havde suspenderet min ”oplæring i bevisanalyse for populær polemik ”og fik mig til at ”foretrække anekdoter frem for beviser”, hvilket “var fornærmende for psykiatrien som speciale”.

Det var tom retorik. Hvad der var fornærmende for psykiatrien og for patienterne, var deres artikel. De hævdede, at depressionspiller er blandt de mest effektive lægemidler overhovedet, med en imponerende effekt på akut depression og som forebyggelse af tilbagefald.

De bemærkede, at færre patienter på en depressionspille end på placebo dropper ud af forsøgene på grund af manglende effekt, hvilket de mente viste, at pillerne er effektive. Det er forkert. Mange flere patienter dropper ud af forsøgene på grund af bivirkninger, når de får medicin end når de får placebo.[114] Dette sker ret tidligt i forsøget, og så er der færre patienter, der kan droppe ud på grund af manglende effekt i medicingruppen end i placebogruppen. Det er derfor en utilgivelig fejl at se på frafald på grund af manglende effekt. Vi medtog alle frafald og fandt, at placebo er bedre end en depressionspille.[114]

De nævnte, at mange mennesker, der ikke tager depressionspiller, begår selvmord, og hævdede, at en "blank afvisning af antidepressiva fra lobbygrupper og kolleger risikerer at øge denne andel". Det er et utroligt argument i betragtning af, at depressionspiller *forårsager* selvmord!

De hævdede, at de fleste af dem, der begår selvmord, er deprimerede, men de underliggende data tillader ikke denne konklusion.[183] Kun cirka en fjerdedel af de mennesker, der dræber sig selv, har en depressionsdiagnose. Mange flere får en post-mortem-diagnose baseret på en såkaldt psykologisk obduktion. At stille en psykiatrisk diagnose på en afdød er et yderst upålideligt forehavende. Hvad der er socialt acceptabelt, truer gyldigheden af en sådan retrospektiv diagnosticering. De pårørende leder ofte efter en acceptabel forklaring og kan være uvidende om eller uvillige til at afsløre

visse problemer, især dem, der giver skam eller giver dem selv noget af skylden.

”Nogle af de sikreste medikamenter, der nogensinde er lavet”, skrev de. Dette er vanskeligt at forene med resultaterne af en omhyggeligt udført kohorteundersøgelse, der viste, at SSRI dræber en ud af hver 28 personer over 65 år, der behandles i et år,[96] og med det faktum, at pillerne fordobler selvmordene.[97-100]

”Antipsykiatri-bevægelsen har genoplivet sig selv med den nylige konspirationsteori om, at lægemiddelindustrien i ledtog med psykiaterne aktivt planlægger at skabe sygdomme og fremstille medicin, der ikke bedre end placebo”. De så slet ikke ironien. Det er ikke en konspirationsteori, men en simpel kendsgerning, at psykiaterne har skabt så mange ”sygdomme”, at der er mindst én for hver borger, og det er også korrekt, at lægemidlerne ikke er værd at bruge.

Højden af professionel fornægtelse og arrogance kom, da de foreslog, at vi skulle ignorere “alvorlige erfaringer med medicin”, som de afviste som anekdoter og hævdede kunne være blevet forvansket som "incitament til retssager". Det er dybt fornærmende for de forældre, der har mistet et barn, og de ægtefæller, der har mistet en partner, fordi depressionspiller drev nogle mennesker til at begå selvmord eller drab eller begge dele. I deres afsluttende bemærkninger sagde psykiaterne, at mine "ekstreme påstande ... udtrykker og styrker stigmatiseringen af psykiske sygdomme og de mennesker, der har dem". Det er dokumenteret, at det er psykiaterne, der stigmatiserer patienterne, ikke dem, der kritiserer psykiatrien.[4]

Sami Timimi er medlem af psykiaterforeningen, og han sendte et brev til formanden, Burn, underskrevet af 30 personer, hvor han bad om, at foreningen erstattede Baldwin som sin repræsentant i en ekspertgruppe under Public Health England med et medlem, som ikke var kompromitteret af interessekonflikter i relation til medicinalindustrien. Burn svarede, at Baldwins industriforbindelser på ingen måde kompromitterede hans arbejde og advarede Timimi om, at han var forpligtet til at opretholde, "de værdier, som foreningen forventer af sine medlemmer". Ganske som de andre sølvrygge så Burn ikke ironien i sin bemærkning. Disse værdier synes at tillade korruption.

Da den skotske psykiater Peter Gordon i slutningen af 2019 udtrykte sin mening om psykiatrisk overmedicinering og dens skadevoldende potentiale, foretog formanden for den skotske afdeling af psykiaterforeningen et telefonopkald til den medicinske vicedirektør i bestyrelsen for the nationale sundhedsvæsen, hvor Gordon arbejdede og udtrykte bekymring for hans mentale helbred.[180] Flere af os har oplevet at blive ”diagnosticeret” af vores psykiatriske modstandere, for mit vedkommende både i en avis, under en retssag, hvor jeg var ekspertvidne,[54] og i en samtale mellem to psykiatere ved en privat sammenkomst en af mine venner overhørte.

Et andet eksempel på falske diagnoser stammer fra Emory University i USA, hvor psykiatriprofessor Charles Nemeroff arbejdede.[4] Millioner af medicinalindustriens dollars skiftede hænder i hemmelighed gennem mere end et årti, og en grund til, at korruptionen kunne fortsætte så længe var, at mindst 15 whistleblowere blev beordret til at blive psykiatrisk undersøgt af Emorys psykiatere, der skrev lægeerklæringer uden at have undersøgt de pågældende læger eller indsamlet data, hvorefter flere af dem blev fyret. Nogle af disse "evalueringer" blev foretaget af Nemeroff selv. I Sovjetunionen fik dissidenter falske psykiatriske diagnoser og blev låst inde eller forsvandt for evigt.

Sådanne grove etiske overtrædelser er unikke for psykiatrien; de er ikke engang mulige i andre specialer. Hvis en kardiolog taber en akademisk diskussion, eller en kollega har udstillet hans svindel, hjælper det ikke pludseligt at påstå, at hans modstander fik et hjerteanfald.

Brugen af depressionspiller til børn faldt 41%

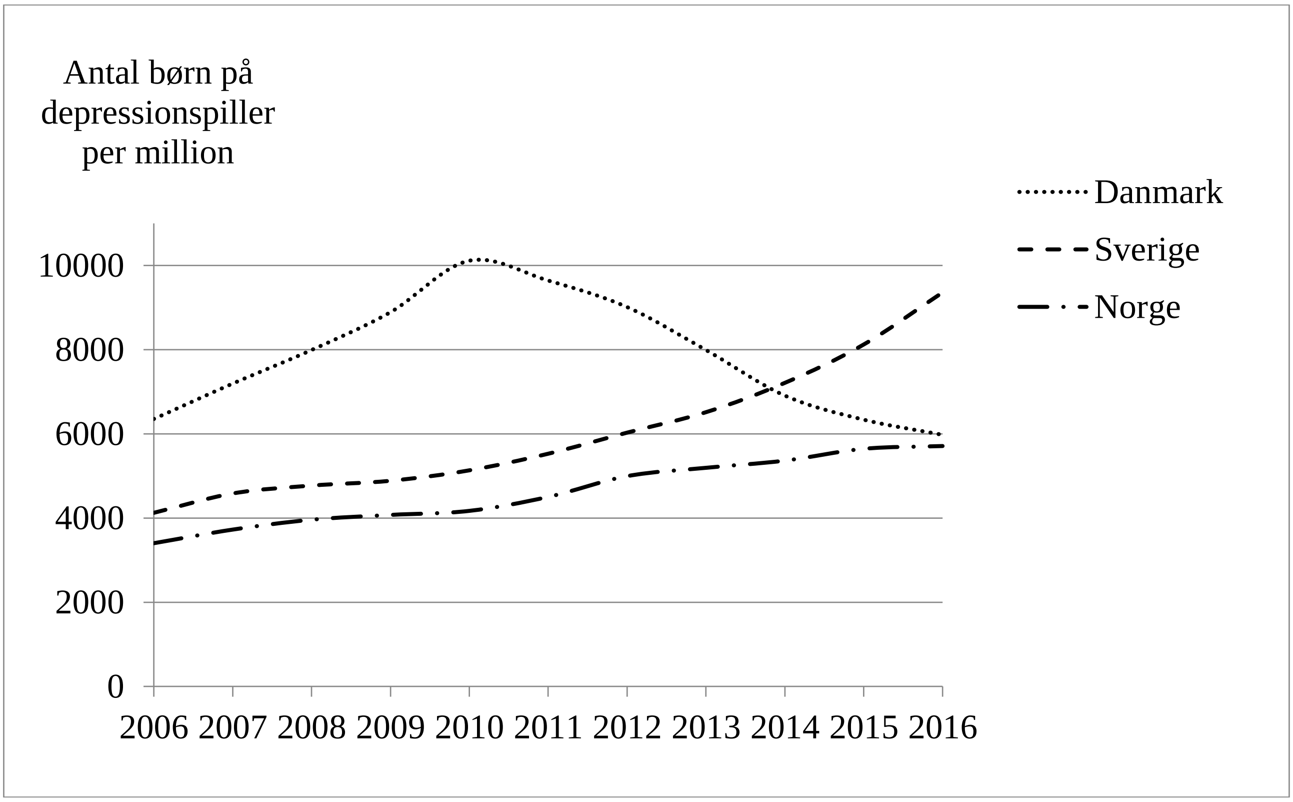
Her kommer et lille glimt af håb trods det mørke hul i psykiatrien, der absorberer alle rationelle tanker, ligesom mørke huller i universet absorberer alt, der kommer i nærheden af dem.

Det er muligt at vende det stadigt stigende forbrug af psykofarmaka, hvis man er lige så vedholdende, som John Read var i forhold til psykiaterforeningen.

På grund af selvmordsrisikoen mindede Sundhedsstyrelsen i sommeren 2011 de praktiserende læger om, at de ikke skulle udskrive recepter på depressionspiller til børn, hvilket var en opgave for psykiaterne.[168] Samtidig begyndte jeg at advare kraftigt mod selvmordsrisikoen. Jeg gentog mine

advarsler utallige gange i de følgende år i radio, TV, artikler, bøger og foredrag. Det startede med et interview med administrerende direktør i Lundbeck, Ulf Wiinberg, der i 2011 hævdede, at depressionspiller *beskytter* børn mod selvmord. Interviewet fandt sted, mens Lundbecks amerikanske partner, Forest Laboratories, forhandlede om kompensation med 54 familier, hvis børn havde begået eller forsøgt selvmord under påvirkning af Lundbecks depressionspiller. Andetsteds har jeg beskrevet Lundbecks uansvarlige opførsel, også i relation til en artikel, jeg udgav om interviewet.[4]

I Norge og Sverige har der ikke været sådanne initiativer. Antallet af børn i behandling steg med 40% i Norge og 82% i Sverige fra 2010 til 2016, mens det faldt med 41% i Danmark på trods af, at professorer i psykiatri også i Danmark fortsatte med at udbrede deres usande påstande om, at depressionspiller beskytter børn mod selvmord.[169]



Sundhedsstyrelsen havde udsendt flere advarsler mod brug af depressionspiller til børn før 2011. Jeg tror derfor, det primært skyldes min vedholdenhed, at brugen faldt i Danmark. Jeg siger dette for at tilskynde folk til at kæmpe for en god sag. På trods af de formidable odds er det muligt at ændre ting i psykiatrien til det bedre. Ikke meget, men vi må ikke opgive kampen.

Antal, der skal behandles for at gavne én, er yderst vildledende

Det er standard i psykiatriske forskningsartikler at nævne antallet af patienter, der skal behandles (NNT, number needed to treat) for at gavne én af dem. Psykiaterne nævner hele tiden NNT som bevis for, at deres medikamenter er meget effektive. Men NNT er så vildledende, at du skal se bort fra alt, du læser om det.

Teknisk set beregnes NNT som den inverse risikoforskel (faktisk er det en forskel i gavn), hvilket er meget enkelt. Hvis 30% har fået det bedre på lægemidlet og 20% på placebo, er NNT = 1/(0,3-0,2) = 10. Her kommer de største problemer:

For det første stammer NNT fra alvorligt defekte forsøg med kold tyrker i placebogruppen, utilstrækkelig blinding og industrisponsorering med selektiv offentliggørelse af positive resultater og tortur af data.

For det andet tager NNT kun hensyn til de patienter, der er blevet bedre ud over en vis grænse. Hvis et lignende antal patienter er forværret, ville der ikke være noget NNT, da det ville være uendeligt (1 divideret med nul er uendelig). Hvis et lægemiddel f.eks. er totalt nytteløst og kun gør tilstanden efter behandlingen mere variabel, så flere patienter forbedres og flere patienter forværres end i placebogruppen, vil lægemidlet se effektivt ud baseret på NNT, fordi flere patienter i lægemiddelgruppen er blevet bedre end i placebogruppen.

For det tredje åbner NNT døren til yderligere skævheder. Hvis den valgte grænse for bedring ikke giver et resultat, som virksomhedens marketingafdeling kan bruge, kan man prøve andre grænser, indtil dataene tilstår. Sådanne manipulationer med dataene under den statistiske analyse, hvor de forudbestemte effektmål ændres, efter at virksomhedsansatte har set dataene, er meget almindelige.[4,51,101,184] Min forskningsgruppe påviste dette i 2004 ved at sammenligne forsøgsprotokoller, vi havde fået fra en videnskabsetisk komité med publikationerne. To tredjedele af forsøgene havde mindst et primært effektmål, der var blevet ændret, indført eller udeladt, mens 86% af forskerne benægtede eksistensen af ikke-rapporterede resultater (de vidste naturligvis ikke, at vi havde adgang til deres protokoller, da vi spurgte dem).[184] Disse alvorlige manipulationer blev ikke omtalt i nogen af de 51 publikationer.

For det fjerde handler NNT kun om en gavnlig effekt og ignorerer fuldstændig, at medicin giver skader, som meget mere sandsynligt vil forekomme end deres mulige gavnlige effekter.

For det femte, hvis gavnlige og skadelige virkninger kombineres i et præferencemål, er det ikke sandsynligt, at et NNT kan beregnes, fordi psykofarmaka skader mere end de gavner. I dette tilfælde kan vi kun beregne det antal, der skal behandles for at skade én person (NNH, number needed to harm). Frafald under forsøg med depressionspiller illustrerer dette. Da 12% flere patienter dropper ud på medicin end på placebo,[114] er NNH 1/0,12 eller 8.

De britiske sølvrygge tog ikke hensyn til nogen af disse problemer, da de hævdede, at depressionspiller har en imponerende effekt på tilbagefald, med et NNT på omkring tre for at forebygge ét tilbagefald.[182] Det er ikke overraskende, at patienterne ønsker at komme tilbage på medicinen, når deres psykiatere har kastet dem ud i et helvede af akut abstinens ved pludselig at erstatte deres medicin med placebo. Da der kun skal behandles to patienter for at få én med abstinenssymptomer, kan der ikke findes et NNT, kun et NNH, hvilket er to.

Der kan heller ikke eksistere et NNT i andre depressionsforsøg, da forskellen mellem medicin og placebo i defekte forsøg er ca. 10%,[4] eller et NNT på 10, hvilket er langt mindre end NNH. For eksempel er NNH for at skabe seksuelle problemer mindre end to for depressionspiller. Lignende argumenter og eksempler kan fremstilles for alle psykofarmaka. NNT i psykiatrien er således falske. De eksisterer ikke.

Elektrochok

Da denne bog handler om medicin, skal jeg ikke sige ret meget om elektrochok.[4] Nogle patienter og psykiatere siger, at det kan have en dramatisk effekt. Dette kunne være sandt, men den gennemsnitlige effekt er mindre imponerende, og hvis elektrochok var effektiv, ville folk ikke have brug for at få en lang række chok, hvilket normalt er tilfældet. Desuden varer chokeffekten ikke længere end behandlingsperioden, og elektrochok "virker" ved at forårsage hjerneskade, hvilket er skræmmende.[4]

Engang blev jeg spurgt på et møde, hvad jeg mente om en kvinde, der var så deprimeret, at hun næppe kunne kontaktes, men som bad om et glas

vand efter et elektrochok. Jeg sagde, at da dette var en anekdote, ville jeg svare med en anekdote. Jeg blev engang bedt om at tilse en nyindlagt mand, en bevidstløs alkoholiker. Da jeg var nødt til at udelukke meningitis, forsøgte jeg at stikke en nål i ryggen på ham for at tappe cerebrospinalvæske til mikroskopi og dyrkning. Det var meget vanskeligt at komme ind, og jeg ramte en knogle flere gange. Pludselig udbrød fyldebøtten højlydt: ”For helvede, hold så op med at stikke mig i ryggen!”. Havde jeg skabt et mirakel med min nål og helbredt ham? Nej. Mærkelige ting sker hele tiden i sundhedsvæsenet. Kunne jeg have vækket den dybt deprimerede kvinde med min nål? Hvem ved, men hvorfor ikke?

Psykiatere siger ofte, at elektrochok kan være livreddende, men der er ingen pålidelig dokumentation for denne påstand, hvorimod vi ved, at elektrochok kan dræbe mennesker.[4] Desuden kan elektrochok føre til alvorligt og permanent tab af hukommelsen, hvilket førende psykiatere heftigt benægter kan ske,[4,23] selvom det er veldokumenteret, at de fører til hukommelsestab hos de fleste patienter.[4,185-187]

Jeg finder det ganske uacceptabelt, at elektrochok kan bruges på patienter mod deres vilje, fordi nogle patienter vil dø af det, ca. 1 per 1000,[186] og andre vil få alvorlige, irreversible hjerneskader.[4,23]

1 Du skal ikke tage psykofarmaka. Den eneste undtagelse, jeg kan forestille mig, er en alvorligt forstyrret akut situation, hvor du har behov for hvile.

2 Hvis du er heldig og har en god psykiater, der forstår, at psykiatriske diagnoser er upålidelige, og at medicin eller elektrochok ikke er løsningen på dit problem, kan du fortsætte med at tale med denne læge.

3 Accepter ikke elektrochok. De er ikke helbredende, og nogle patienter dør eller får alvorlige og permanente hjerneskader, der reducerer deres hukommelse og andre kognitive funktioner.

4 Hvis du, efter at have læst alt det foregående, mener, at psykiatri er evidensbaseret, og at psykiatere for det meste ved, hvad de laver, og at du derfor vil konsultere en, du aldrig har mødt før, vil jeg ønske dig held og lykke. Det får du brug for.

3 Psykoterapi

Jeg kender psykiatere i flere lande, der ikke bruger psykofarmaka eller elektrochok. De håndterer selv de mest forstyrrede patienter med empati, psykoterapi og tålmodighed.[1]

Formålet med psykologiske behandlinger er at ændre en hjerne, der ikke fungerer optimalt, tilbage mod en mere normal tilstand. Psykofarmaka ændrer også hjernen, men de skaber en kunstig tredje tilstand - et ukendt territorium - der hverken er normalt eller den dårligt fungerende tilstand, patienten kom fra.[2]

Dette er problematisk, fordi man ikke kan gå fra den kemisk fremkaldte tredje tilstand tilbage til normaltilstanden, medmindre man udtrapper medicinen, og selv da er det ikke altid muligt, idet patienten måske har udviklet irreversibel hjerneskade.

En menneskelig tilgang til følelsesmæssig smerte er meget vigtig, og behandlingsresultaterne afhænger mere af terapeutiske alliancer end af, om der anvendes psykoterapi eller farmakoterapi.[3] Desuden er det sådan, at jo mere lægerne og patienterne er enige om, hvad der er vigtigt, når man bliver helbredt for en depression, jo bedre er resultaterne for positive følelser, angst og sociale relationer.[4]

De fleste af de problemer, patienterne står overfor, skyldes maladaptiv (uhensigtsmæssig) følelsesregulering, og psykofarmaka gør det værre, da deres virkning netop er uhensigtsmæssig følelsesregulering.[5] I modsætning hertil går psykoterapi ud på at lære patienterne at håndtere deres følelser, tanker og adfærd på en bedre måde. Dette kaldes adaptiv (tilpasset) følelsesregulering. Det kan permanent ændre patienterne til det bedre og gøre dem stærkere, når de møder livets udfordringer. I overensstemmelse hermed har metaanalyser fundet, at effektiviteten af psykoterapi sammenlignet med depressionspiller afhænger af forsøgets længde, og psykoterapi har en vedvarende virkning, der klart overgår farmakoterapi i det lange løb.[6,7]

Der er væsentlige ting, man skal overveje, når man læser rapporter om forsøg, der har sammenlignet psykoterapi med lægemidler. Forsøgene er ikke effektivt blindede, hverken for psykoterapi eller for medicin, og den fremherskende tro på den biomedicinske model forventes at påvirke psykiaternes tilgang til forsøget og farve deres resultatvurderinger til fordel for medicin frem for psykoterapi. Forsøg, der viser, at virkningen af et læge-

middel og psykoterapi kombineret er bedre end begge behandlinger alene, bør også fortolkes varsomt, og de kortsigtede resultater er vildledende. Vi bør kun tage langtidsresultater i betragtning, f.eks. resultater opnået efter et år eller mere.

Jeg ville ikke anbefale kombinationsterapi. Det kan være vanskeligt at udføre effektiv psykoterapi, når patienternes hjerner er bedøvet af psykoaktive stoffer, hvilket kan gøre dem ude af stand til at tænke klart eller vurdere sig selv. Som nævnt tidligere kaldes den manglende indsigt i følelser, tanker og adfærd medicinsk tryllebinding.[8,9] Den vigtigste forvrængende effekt af medicinsk tryllebinding er, at patienterne undervurderer skaderne af psykofarmaka.

Jeg skal ikke gå i detaljer om psykoterapi. Der er mange konkurrerende skoler og metoder, og det er ikke så vigtigt, hvilken metode man bruger. Det er langt vigtigere, at man er god til at lytte og møder sit medmenneske, hvor personen er, som filosoffen Søren Kierkegaard rådede os til at gøre for to hundrede år siden. Da der er lavet mange forsøg med kognitiv adfærdsterapi, er dette ofte den foretrukne metode, men hvis den bruges for ukritisk, kan det udarte til en slags kogebogstilgang, der har for lidt fokus på den konkrete patients særlige omstændigheder, ønsker og historie.

Da vi ville undersøge effekten af psykoterapi på selvmordsrisikoen, valgte min ældste datter og jeg kognitiv adfærdsterapi af den enkle grund, at de fleste af forsøgene havde brugt denne metode. Som nævnt tidligere fandt vi, at psykoterapi halverer risikoen for et nyt selvmordsforsøg hos mennesker, der er akut indlagt efter et selvmordsforsøg.[10] Dette er et meget vigtigt resultat, der ikke er begrænset til kognitiv adfærdsterapi. Følelsesreguleringspsykoterapi og dialektisk adfærdspsykoterapi er også effektive for mennesker, der skader sig selv.[11]

Psykoterapi ser ud til at være nyttig til hele rækken af psykiatriske lidelser, også psykoser.[1,12] En sammenligning mellem Lappland og Stockholm illustrerer forskellen mellem en empatisk tilgang og straks at tvinge patienterne til at tage medicin ved en førstegangspsykose.[13,14] Åben dialog-princippet i Lappland sigter mod at behandle psykotiske patienter i deres hjem, og behandlingen involverer patientens sociale netværk og starter inden for 24 timer efter kontakt.[13] Patienterne var helt sammenlignelige med dem i Stockholm, men i Stockholm blev 93% behandlet med neuroleptika mod kun 33% i Lappland, og fem år senere var den løbende anvendelse 75% mod

17%. Efter fem år var 62% i Stockholm mod 19% i Lappland på førtidspension eller var sygemeldt, og brugen af hospitalssenge havde også været meget højere i Stockholm, 110 mod 31 dage, i gennemsnit. Det var ikke et randomiseret forsøg, men resultaterne er så slående, at det ville være uansvarligt at afvise dem. Der er mange andre resultater, der støtter den medicinfri metode,[1] og åben dialog-princippet vinder frem i flere lande.

Psykoterapi fungerer ikke for alle. Vi er nødt til at acceptere, at nogle mennesker ikke kan hjælpes, uanset hvad vi gør, hvilket også er tilfældet inden for andre områder i sundhedsvæsenet. Nogle terapeuter er ikke så kompetente eller fungerer ikke så godt sammen med nogle patienter; det kan derfor være nødvendigt at prøve mere end en terapeut.

Som alle indgreb kan psykoterapi også være skadelig. Børnesoldater i Uganda, som blev tvunget til at begå de mest forfærdelige grusomheder, har klaret det psykologiske traume bemærkelsesværdigt godt ved at fortrænge, hvad de har været med til.[15] Hvis en terapeut havde insisteret på at konfrontere disse mennesker med deres indkapslede traumer, kunne det have været en boomerang. I somatisk medicin skal et ophelende sår som oftest overlades til sig selv, og mennesker har en bemærkelsesværdig kapacitet til selvhelbredelse, både fysisk og psykisk. Hvis ophelingen går dårligt, f.eks. fordi en brækket knogle ikke blev sat korrekt sammen, eller et traume fortsætter med at forhindre patienten i at leve et fuldt liv, kan det naturligvis være nødvendigt at åbne såret.

Fysisk og følelsesmæssig smerte har ligheder. Ligesom vi har brug for fysisk smerte for at undgå farer, har vi brug for følelsesmæssig smerte for at vejlede os i livet.[16] Akutte tilstande som psykoser og depression er ofte relateret til traumer og har en tendens til selvhelbredelse, hvis vi er lidt tålmodige. Gennem helbredelsesprocessen - uanset om vi får hjælp af psykoterapi eller ikke - lærer vi noget vigtigt, der kan være nyttigt, hvis vi kommer i problemer igen. Sådanne oplevelser kan også øge vores selvtillid, hvorimod piller kan forhindre os i at lære noget, fordi de bedøver vores følelser og undertiden også vores tanker. Piller kan også give en falsk følelse af sikkerhed og fratage patienten reel terapi og andre helende menneskelige interaktioner - læger kan tro, at de ikke behøver at engagere sig så meget, når en patient tager medicin.[16]

At blive behandlet menneskeligt er vanskeligt i dagens psykiatri. Hvis du bliver panisk og opsøger en psykiatrisk akutmodtagelse, vil du forment-

lig få at vide, at du har brug for medicin, og hvis du afviser det og siger, at du bare har brug for hvile for at samle dig selv, kan du blive belært om, at afdelingen ikke er et hotel.[16]

4 Udtrapning af psykofarmaka

Som nævnt ovenfor tog det næsten 30 år før den psykiatriske profession og myndighederne indrømmede, at benzodiazepiner er yderst vanedannende. Propaganda er meget effektiv, og grunden til, at det tog så lang tid, er, at det var et vigtigt salgsargument for medicinalindustrien, at de ikke var vanedannende, i modsætning til de barbiturater, de erstattede, ligesom det blev et vigtigt salgsargument omkring 1988, at de nyere depressionspiller ikke var vanedannende, i modsætning til de benzodiazepiner, de erstattede.

Løgnene ændres ikke af den enkle grund, at medicinalindustrien ikke sælger medicin, men løgne om medicin, som er den vigtigste del af deres organiserede kriminelle aktiviteter.[1] Industrien er så god til at lyve, at det tog omkring 50 år før myndighederne endelig indrømmede, at depressionspiller også er vanedannende. Selv efter denne kolossale forsinkelse er de endnu ikke klar til at kalde en spade for en spade. De undgår at bruge ord som afhængighed og abstinenser og taler i stedet om ophørssymptomer.

Det værste argument, jeg har hørt - fra flere professorer i psykiatri - er, at patienterne ikke er afhængige, fordi de ikke kræver højere doser. Hvis det er sandt, ville det være gode nyheder for rygere, der efter at have røget en pakke cigaretter hver dag i 40 år kan stoppe natten over uden abstinenssymptomer.

Patienterne er ligeglade med de akademiske ordspil, hvis eneste berettigelse er at give medicinalvirksomhederne mulighed for at fortsætte med at dope hele befolkninger med hjerneaktive stoffer. Patienterne ved, hvornår de er afhængige (se kapitel 2); de har ikke brug for en psykiaters godkendelse af, at deres oplevelse er korrekt, og nogle siger, at udtrapningen af en depressionspille var værre end deres depression.[2]

Fremskridtet kommer meget langsomt. I et BBC-program i 2020 sagde den mentale sundhedsorganisation Mind, at den skiltede med, at folk skulle kontakte narkotikarelaterede hjælpeorganisationer for at få hjælp til at trappe ud af depressionspiller, fordi der ikke var noget alternativ. Desværre hylder man altid de forkerte ideer, som folk er blevet hjernevasket til at tro på: ”Selvom de ikke er vanedannende, kan de føre til afhængighedsproblemer,” fortæller en speakerstemme til seerne. Har vi ikke hørt nok vås efterhånden?

En af de mest meningsfulde ting, en læge kan gøre, er at hjælpe nogle af de hundreder af millioner af mennesker med at komme af med de medikamenter, de er blevet afhængige af. Det kan være meget vanskeligt. Mange psykiatere har fortalt mig, at det er meget nemmere at afvænne en heroinmisbruger end at få en patient til at stoppe med et benzodiazepin eller en depressionspille.

De største hindringer for udtrapning er uvidenhed, falske overbevisninger, frygt, pres fra pårørende og sundhedspersoner og praktiske problemer som f.eks. manglen på medicin i passende små doser.

Meget få læger ved noget om udtrapning og begår forfærdelige fejl. Hvis de overhovedet trapper ud, gør de det alt for hurtigt, fordi den gældende visdom er, at udtrapning kun er et problem med benzodiazepiner, og fordi de få retningslinjer, der findes, anbefaler alt for hurtig udtrapning.

Situationen i Storbritannien blev bedre i 2019 (se kapitel 2), men jeg har endnu ikke set nogen fremgang i andre lande, og her er et eksempel. I november 2019 udsendte Sundhedsstyrelsen faglige råd om depressionspiller til de praktiserende læger, som var vedlagt *Ugeskrift for Læger*, hvilket sikrede, at alle ville se det.

Afsenderen var *Rationel Farmakoterapi*, men det så temmelig irrationelt ud. Da de faglige råd er farlige, ønskede jeg at advare folk imod dem, men jeg vidste af erfaring, at det ikke fungerer at klage til myndighederne, som mener, at de er hævet over kritik. Derfor offentliggjorde jeg min kritik i Politiken.[3] Sundhedsstyrelsen fik lejlighed til at svare men afviste - endnu et tegn på arrogancen øverst oppe i vores institutioner, da det er et meget vigtigt folkesundhedsspørgsmål.

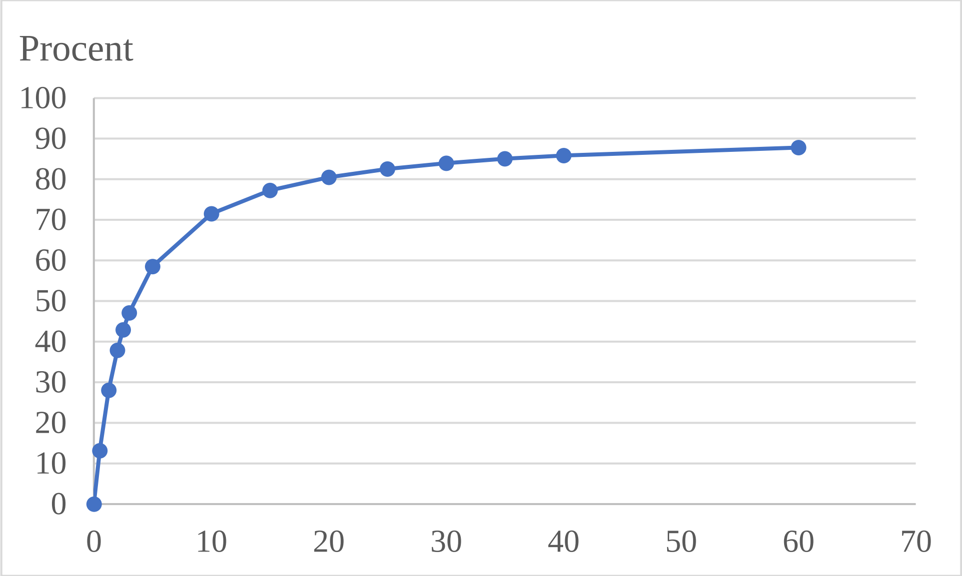
Selv om forfatterlisten tæller både en psykiater og en klinisk farmakolog, ved disse personer tilsyneladende ikke, hvordan en bindingskurve for depressionspiller til hjernens receptorer ser ud. Som for andre lægemidler er den hyperbelformet. Den er meget stejl i begyndelsen, når dosis er lav, for derefter at flade ud, så den på toppen bliver næsten vandret (se figuren).[4]

Dette er vigtigt at vide. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at dosis halveres hver anden uge, hvilket er alt for risikabelt. Ved sædvanlige doseringer er de fleste receptorer besat, fordi vi er øverst på bindingskurven, hvor den er flad. Da stort set alle patienter er overdoseret, forbliver de måske på den flade del

af bindingskurven efter den første dosisreduktion og oplever ikke ophørs-symptomer. Det kunne derfor være i orden at halvere dosis første gang.

Men allerede næste gang, når man går fra 50% af startdosis til 25%, kan det gå galt. Hvis ophørssymptomerne heller ikke kommer denne gang, kommer de næsten helt sikkert, når man tager det næste skridt og kommer ned på 12,5%.

Hyperbelformet sammenhæng mellem receptoroptagelse og dosis af citalopram i mg.



(Med tilladelse fra Mark Horowitz)

Det er også alt for hurtigt for mange patienter at ændre dosis hver anden uge. Den fysiske afhængighed af pillerne kan være så markant, at det tager måneder eller år at trappe fuldstændigt ud af pillerne.

Hurtig udtrapning er farlig. Som nævnt tidligere er et af de værste ophørssymptomer ekstrem rastløshed (akatisi), der disponerer til selvmord, vold og mord.

En udtrapningsproces skal respektere formen på bindingskurven og derfor blive langsommere og langsommere, jo lavere dosis bliver. Disse principper har været kendt i årtier og blev forklaret i en lærerig artikel i *Lancet Psychiatry* den 5. marts 2019 af Horowitz og Taylor.[4] Eftersom mine kolleger, der har udtrappet mange patienter, og jeg gentagne gange har skrevet om principperne i landsdækkende danske aviser og andetsteds siden 2017, var der

ingen undskyldning for de personer, der arbejdede for Sundhedsstyrelsen, for ikke at kende til dem.

Psykofarmaka er den hellige gral for psykiatere, og de er det eneste, der adskiller dem fra psykologer, bortset fra deres kvalifikation som læger. Man kan derfor forvente enorm modstand fra psykiaterlavet og dets allierede, når man fortæller folk sandheden om disse stoffer og begynder at undervise dem i, hvordan man sikkert kan trappe ud af dem.

Dette skete for mig ved mange lejligheder. Som nævnt i kapitel 2 blev mit åbningsforedrag på det første møde i Council for Evidence-based Psychiatry i 2014 straks angrebet af toppen af den britiske psykiatri. Rådet blev oprettet af filmskaber og iværksætter Luke Montagu, der havde lidt forfærdeligt af ophørssymptomer i mange år, efter at han var sluppet af med sine psykofarmaka, og han ønskede at belyse deres skader.

Jeg nævnte Lukes navn i 2015 i en artikel, som jeg blev inviteret til at skrive til *Daily Mail*.[5] Den udkom to uger efter at jeg havde udgivet min psykiatribog, hvor alle beviserne var.[6] Redaktøren foretog mange ændringer i min artikel og insisterede på, at jeg skulle tilføje: "Som forsker i det uafhængige Cochrane-samarbejde - en international institution, der vurderer medicinsk forskning - er min rolle at se kritisk på beviserne for behandlingerne".

Min forskning blev offentligt undsagt af Cochranes ledere, der lagde en erklæring op på hjemmesiden, som stadig er der.[7] De hævdede, at mine udsagn om psykofarmaka og brugen af dem af læger i England kunne misforstås som om, jeg havde udført mit arbejde på vegne af Cochrane. De sagde også, at mine synspunkter på de gavnlige og skadelige virkninger af psykofarmaka ikke var organisationens.

Cochrane har tre mentale sundhedsgrupper, der har publiceret hundredvis af alvorligt vildledende oversigter af psykofarmaka, hvor forfatterne ikke har været tilstrækkeligt opmærksomme på manglerne i forsøgene, men har fungeret som mikrofonholder for medicinalindustrien.[6]

Cochrane forsøgte at afvise mine konklusioner om psykofarmaka, men organisationen kan ikke have nogen "synspunkter" om sådanne spørgsmål, der har større vægt end dem fra en forsker, der har studeret tingene i detaljer. Men taktikken fungerede selvfølgelig. Fem dage efter at de lagde deres erklæring op, var der i *BMJ* en nyhedsartikel, "Cochrane lægger afstand til kontroversielle synspunkter på psykofarmaka".[7]

Både dengang og efterfølgende blev Cochranes støtte til psykiaterlavet og medicinalindustrien vidtgående misbrugt af førende psykiatere. David Nutt (se mere om ham i kapitel 2) sagde under et foredrag i New Zealand i februar 2018, at jeg var blevet sparket ud af Cochrane. Han var syv måneder for tidligt ude.[7]

Luke skrev om sin egen ”karriere” som psykiatrisk patient i *Daily Mail*-artiklen.[5] Symptomerne var af en sådan art og sværhedsgrad, at jeg først havde svært ved at tro ham. Jeg havde aldrig lært noget, der bare mindede om dette under mine medicinske studier eller senere. Men jeg indså hurtigt, at Luke var til at stole på og ikke fejlede noget som helst psykiatrisk, men var en rar person, der uforvarende var faldet i den psykiatriske medicin-fælde.

Luke, arving efter jarlen fra Sandwich, fik foretaget en bihuleoperation som 19-årig, der gav ham hovedpine og en følelse af afstand fra verden. Hans egen læge fortalte ham, at han havde en kemisk ubalance i hjernen. Det virkelige problem var sandsynligvis en reaktion på anæstesimidlet, men Luke fik ordineret forskellige depressionspiller, som ikke hjalp.

Ingen af de læger og psykiatere, Luke konsulterede, hørte efter, da han sagde, at det var begyndt med operationen. De gav ham forskellige diagnoser, og alle udskrev medicin; ni forskellige piller på fire år. Som det så ofte sker, konkluderede Luke modvilligt, at der var noget galt med ham. Han forsøgte at komme ud af medicinen et par gange, men fik det så forfærdeligt, at han gik tilbage på den. Han troede, hvilket også er typisk, at han havde brug for medicinen, selvom det, der skete, var, at han fik abstinenssymptomer hver gang.

I 1995 fik han Seroxat (paroxetin) og tog det i syv år. Da han forsøgte at komme ud af det, følte han sig svimmel, kunne ikke sove og var ekstremt angst. Idet han troede, at han var alvorligt syg, opsøgte han en psykiater, der gav ham fire nye lægemidler, inklusive en sovepille. Han følte sig hurtigt bedre uden at indse, at han var blevet "lige så afhængig som en junkie på heroin".

Han fungerede nogenlunde i et par år, men blev gradvis mere og mere træt og glemsom. Så da han i 2009 indså, at det måtte være på grund af medicinen, bestilte han tid på en afvænningsklinik. Hans psykiater rådede ham til at stoppe med sovepillerne med det samme, og inden for tre dage blev han ramt af en tsunami af rædselsfulde symptomer - hans hjerne føltes,

som om den var blevet revet over i to, der var en højfrekvent ringen i ørerne, og han kunne ikke tænke.

Dette var en ekstremt grov lægefejl. Hurtig udtrapning fra langvarig brug af en sovepille er en katastrofe. Lukes detox var starten på næsten syv års helvede. Det var, som om dele af hans hjerne var blevet fuldstændigt udraderet.

Tre år senere begyndte han meget langsomt at komme sig, men han havde stadig en brændende fornemmelse og nålestiksfølelse i hele kroppen, højlydt tinnitus og en følelse af intens ophidselse.

Da jeg sidst mødtes med Luke, i juni 2019, led han stadig af ophørssymptomer, men var i stand til at arbejde på fuld tid.

Han er fast besluttet på at forsøge at hjælpe andre med at undgå den rædselsfulde medicinfælde. Efter at have startet Rådet, grundlagde Luke den tværpolitiske parlamentsgruppe om ordineret medicinafhængighed (APPG), der succesfuldt lobbyede den britiske regering til at anerkende problemet. Han fik både den Britiske Lægeforening og psykiaterforeningen til at støtte op om dette. Det førte til en banebrydende oversigt udarbejdet af Public Health England med flere vigtige anbefalinger, herunder oprettelse af en landsdækkende 24-timers telefonlinje og udtrapningstjenester.[8] Disse anbefalinger fokuserer ikke kun på de traditionelle farmaka, opiater og benzodiazepiner, men også på depressionspiller. I december 2019 offentliggjorde APPG og Rådet en 112-siders "Vejledning for psykologiske terapeuter: Gør det lettere at tale med klienter, der tager eller trapper ud af psykofarmaka".[9] Denne vejledning er meget detaljeret og nyttig, både i relation til de lægemidler, den beskriver, og med hensyn til den konkrete vejledning, den tilbyder terapeuter.

Det blev sværere og sværere at ignorere de enorme problemer, patienter har, som er afhængige af depressionspiller. I 2016 var jeg medstifter af International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal i Sverige (iipdw.org). Vi har haft adskillige internationale møder og har oprettet et netværk af ligesindede i mange lande, og interessen for endelig at gøre noget breder sig hurtigt.

Jeg har lobbyet sundhedsordførere i Folketinget i over ti år, og de var altid positive, når jeg forklarede, hvorfor der er behov for store ændringer i psykiatrien. Men de er bange for at gå imod psykiaterne, der er hurtige til at

fortælle dem, at psykiatri ligger uden for deres ekspertise. Derfor er der ikke sket noget væsentligt.

I december 2016 var der en høring i Folketinget om, hvorfor udtrapning af psykofarmaka er så vigtig, og hvordan vi skulle gøre det, hvilket også var titlen på mit indlæg. Der var bidrag fra en psykolog og en farmaceut med erfaring i udtrapning og fra en pårørende. Der var ikke en eneste psykiater med erfaring i udtrapning på programmet. Den eneste psykiater var Bjørn Epdrup, der forklarede, hvornår og hvorfor neuroleptika er nødvendige - og glemte at fortælle os, hvornår de ikke er nødvendige - og han sagde, at han kunne se skizofreni på en hjerneskanning. Dette er ikke muligt. Scanningsundersøgelser inden for psykiatri er meget upålidelige,[6] men Epdrup forlod mødet, før nogen kunne konfrontere ham med påstanden. Det eneste, der kan ses ved en hjernescanning, er den skrumpning af hjernen, som neuroleptika har forårsaget![6,10,11]

I januar 2017 var jeg inviteret til at holde foredrag på et møde om overdiagnostik og overbehandling i psykiatrien i Sherbrooke, Canada. Mødet blev akkrediteret og talte med i lægernes obligatoriske efteruddannelse. Selvom det meste af publikum var psykiatere, mente 74 af de 84 deltagere, at mit foredrag havde imødekommet deres behov. Det havde jeg ikke forventet, især ikke efter den lidt anspændte diskussion.

Jeg følte, at en ændring var på vej. To måneder senere arrangerede psykolog Allan Holmgren og Alternativet en konference i Folketinget om "En psykiatri uden medicin". Robert Whitaker holdt foredrag om den psykiatriske epidemi, og min titel var også direkte: ”Myten om den biologiske psykiatri: Brugen af psykofarmaka skader langt mere end det gavner”.

SIND ønsker ikke at hjælpe patienterne med at trappe ud

I juni 2017 afholdt jeg et heldagskursus om udtrapning af psykofarmaka i København. Jeg havde planlagt det i et stykke tid, men mit initiativ var for meget for mainstream-psykiatrien, der prøvede at sabotere det.

Det første tilbageslag kom, da jeg forsøgte at få en annonce om kurset i *SIND*, medlemsbladet for den vigtigste organisation for psykiatriske patienter i Danmark:

”Hvordan trapper man bedst ud af psykofarmaka, så man undgår de værste ophørssymptomer? Kurset er for alle, både patienter, pårørende og

sundhedsprofessionelle. Det består af foredrag og diskussioner i mindre grupper. Undervisere er professor Peter C. Gøtzsche, børne- og ungepsykiater Lisbeth Kortegaard, farmaceut Birgit Toft, psykolog Olga Runciman og farmaceut Bertel Rüdinger".

Den 6. februar ringede jeg til SINDs journalist, Henrik Harring Jørgensen, der også er annonceansvarlig for SIND-bladet, for at spørge, om de ville være interesseret i at fortælle medlemmerne om vores kursus. Da det ikke kunne lade sig gøre, spurgte jeg, om jeg kunne indrykke en annonce i bladet. Jørgensen blev tydeligt utilpas og sagde, at han var embedsmand og ikke skulle blande sig i debatten om psykofarmaka. Jeg forklarede, at det behøvede han heller ikke, fordi, uanset hvad man mente om psykofarmaka, var det en kendsgerning, at mange patienter gerne ville holde op, men ikke kunne få hjælp til det, og det var netop derfor, vi ønskede at tilbyde vores kursus, som var for alle, både patienter og læger.

Jeg kunne ikke få noget tilsagn fra Jørgensen om at få min annonce i bladet, hvilket undrede mig meget. Jeg var sikker på, at Jørgensen ikke kunne tage denne beslutning selv, men skulle have grønt lys højere oppe, og at de nok ikke ville tage min annonce.

Jeg vidste godt, at Landsformand Knud Kristensen ikke bryder sig om mig, hvilket han har fortalt andre om, og at han er meget glad for psykofarmaka, som han altid anpriser i medierne, når jeg kritiserer dem. Da jeg holdt foredrag for SIND i København i maj 2016, havde foreningen indkaldt Kristensen til at være mødeleder og stille kritiske spørgsmål efter mit indlæg. Disse spørgsmål var uvenlige og meget kritiske overfor min person. Kristensen blev flere gange imødegået af deltagerne, som kom mig til undsætning og sagde, at det, jeg havde fortalt, var rigtigt, f.eks. om abstinenssymptomer og om, hvor svært det er at holde op med psykofarmaka, hvilket de selv havde oplevet.

Jeg sendte min annonce til Jørgensen dagen efter, jeg havde talt med ham i telefonen. Derefter hørte jeg intet. Jeg ringede adskillige gange og blev stillet ind til Jørgensen af sekretæren, som sagde, at han var på sit kontor. Men han tog ikke telefonen, når det var mig, der ringede. Jeg lagde en besked til ham om, at han skulle ringe, hvilket han heller ikke gjorde.

Jeg blev tiltagende nervøs, fordi SIND-bladet kun udkommer hver anden måned, og deadline for annoncen var 2. marts. Det var derfor min eneste mulighed for at annoncere i SIND-bladet.

Den 17. februar skrev jeg til Jørgensen og gjorde opmærksom på, at han ikke tog telefonen, når jeg ringede. Jeg fortalte ham, at mange af SINDs medlemmer skriver til mig og spørger, hvem de skal henvende sig til for at få hjælp med udtrapning af psykofarmaka. Jeg skrev også til den generelle e-mailadresse for foreningen, men ingen svarede.

Den 22. februar tog jeg derfor ud til SINDs hovedkontor for at få et svar. Jeg mødtes med tre personer udenfor, der var ved at lave dokumentarer om psykiatrien, og som gik med ind i bygningen.

Det fremgik meget klart under mødet, at man bestemt ikke var interesseret i, at jeg annoncerede om et udtrapningskursus. SINDs direktør, Ole Riisgaard, behandlede mig utrolig groft og nedladende, som når en skoleinspektør irettesatte en uvorn elev i 1950'erne. Riisgaard kunne øjensynlig heller ikke tage nogen beslutning om at bringe annoncen uden Knud Kristensens godkendelse; han ville vende tilbage "om nogle dage".

Det var lysende klart for os, at direktøren var fuldt ud indsat i sagen, før han overhovedet vidste, at vi kom på uanmeldt besøg, og at SIND havde planlagt at forhindre, at min annonce nogensinde blev bragt i SIND-bladet. Da jeg fortalte, at dette var mit indtryk, også da jeg talte Jørgensen i telefonen to uger tidligere, blev Jørgensen meget aggressiv og spurgte, om jeg havde optaget samtalen.

Næste dag skrev Riisgaard, at de ville bringe min annonce, og tilføjede: "I forlængelse af din meget dårlige og helt uacceptable opførsel i går, hvor du dukker op uden aftale og tilladelse med tændte kameraer og filmer SINDs personale, hvoraf flere er psykisk sårbare ansat under skånehensyn, så er betingelsen for optagelse af annoncen, at du inden deadline sender mig en skriftlig (underskrevet) garanti for, at ingen af SINDs ansatte medvirker i nogen form for udsendelse uden at du har et skriftligt samtykke fra hver enkelt af dem".

De eneste, der havde udvist dårlig opførsel, var Riisgaard og Jørgensen, og der var ikke tændte kameraer. Men direktørens dårlige opførsel var naturligvis blevet optaget med skjult mikrofon, fordi det er vigtigt at kunne dokumentere magtmisbrug.

En af dokumentaristerne skrev til Riisgaard, at hans folk havde fulgt mig i nogen tid, og derfor også var med på min tur til SIND, og at han havde bedt om lov til at filme, hvilket han havde fået af en medarbejder i SIND.

Så snart dette blev afslået på en anden etage, blev filmarbejdet indstillet, og i øvrigt var det kun mig, der var blevet filmet.

Jeg skrev til Riisgaard, at vores opfattelse af begivenhederne var ganske forskellig fra hans. Vi havde overholdt alle regler, men Jørgensen havde aldrig taget telefonen, hvorfor vi ikke havde andre muligheder end at opsøge SINDs hovedkontor for at få svar på, om SIND ville bringe vores annonce.

”Du forklarede, at SIND er en lille forening, og at I har meget at se til, og at det var derfor, jeg ikke havde hørt noget. Tillad mig at gøre opmærksom på, at der faktisk var god tid, da jeg ringede til Henrik for at forhøre mig om en mulig annonce. Og at det kun ville have taget ham få sekunder at svare OK, da jeg sendte annoncen til ham næste dag. Sværere er det vel ikke. Det havde været naturligt, at du, da vi mødtes med dig, havde sagt, at jeg selvfølgelig kunne få annoncen i SIND-bladet, fordi den så åbenlyst er en håndsrækning til de mange af SINDs medlemmer, som ønsker at stoppe med psykofarmaka, men ikke har kunnet få hjælp til det af deres læge, bla. fordi meget få læger ved, hvad de skal gøre. Andre læger har den fejlopfattelse, at man skal tage sin medicin resten af livet, hvilket er videnskabeligt dokumenteret at være meget skadeligt. I stedet sagde du, at jeg ville få svar om et par dage. Synes du, det er en god måde at behandle en kunde på, som betaler jer for at få en annonce i jeres blad, som til og med er meget relevant for jeres medlemmer?”

Dagen før vi besøgte SIND, havde Riisgaard fået en e-mail fra en lokalforening, der forklarede, at de på et bestyrelsesmøde havde drøftet en korrespondance, jeg havde haft med Jørgensen om en annonce for et kursus om nedtrapning af medicinforbrug. ”Det ser ud fra disse skriverier ud, som om der bliver lavet en form for censur. Det er vores indtryk, at mange af vores medlemmer er interesseret i Peter Gøtzsches arbejde. Vi er uforstående over for denne holdning”.

Riisgaards svarede lokalforeningen, efter vi havde korresponderet med ham: ”Mht. annoncer bedriver vi bestemt censur (redigering) f.eks. tager vi ikke reklamer fra medicinindustrien. Men Gøtske [sic] er ikke nægtet at kunne annoncere. Hvis han giver indtryk af noget andet er det vel bare for at gøre sig interessant”.

Riisgaard talte usandt og fortsatte med at være arrogant. Jeg skrev til lokalforeningen, at der er nogen i toppen af SIND, som mener, at psyko-

farmaka kun kan være godt; at der ikke er nogen, der skal hjælpes med at stoppe; og at psykiaterne har styr på det hele, hvilket de jo slet ikke har.

Landsformanden, Knud Kristensen, har alt for stor magt i SIND og varetager sine egne holdninger og interesser, ikke medlemmernes.

Psykiaterlavet ønsker ikke at hjælpe patienterne med at trappe ud

Det næste tilbageslag kom, da jeg informerede Region Hovedstadens Psykiatri i januar 2017 om vores kursus. Jeg skrev, at jeg samarbejdede med dygtige psykiatere, psykologer og farmaceuter i flere lande og med mange brugere med stor erfaring i udtrapning; at vi var 11 mennesker fra 7 lande, der mødtes i Göteborg i oktober 2016 og besluttede at oprette International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal; at en af os var en norsk psykiater, der netop havde åbnet den første medicinfrie afdeling i Norge; at jeg havde en ph.d.-studerende, som skulle undersøge, hvordan man kan udtrappe psykofarmaka på den bedste og sikreste måde; og at vi ville prøve at imødekomme deltagernes behov og interesser bedst muligt.

Tre dage senere klagede psykiatriprofessor Poul Videbech til Styrelsen for Patientsikkerhed: ”En Peter Gøtzsche, som er intern mediciner har lavet nedenstående kursus for patienter og andre. Jeg mener naturligvis han påtager sig et kolossalt ansvar, som han slet ikke har viden til at kunne bære. Kan læger bare gøre den slags uden at have den nødvendige faglige viden? Det er desuden en privat foretagsomhed, som misbruger Cochranecentrets navn”.

Videbechs arrogance var ikke til at misforstå. ”En Peter Gøtzsche” er en vending, man bruger man om ukendte personer, og jeg var naturligvis velkendt både af Videbech og af folk i Styrelsen.

Det så ikke ud til, at Styrelsen tog henvendelsen særlig alvorligt. Der gik fire måneder, før de bad mig om at oplyse, i hvilket omfang der ville foregå individuel sundhedsfaglig rådgivning af kursusdeltagerne. Jeg meddelte Styrelsen den 19. maj, at der ikke stod noget i kursusbeskrivelsen om, at der ville blive givet en sådan rådgivning. Et udtrapningsforløb tager tid, og vi havde naturligvis ikke til hensigt at starte udtrapning af deltagerne på kurset.

Jeg blev også bedt om at forholde mig til, hvilke kvalifikationer eller erfaringer jeg havde med individuel udtrapning af antipsykotisk medicin.

Jeg svarede, at det ikke var relevant for kurset, hvis formål var, at vi skulle skal lære af hinanden, herunder også høre om nuværende og tidligere patienters erfaringer, og at der i øvrigt ville være både psykiatere og andre sundhedsprofessionelle til stede.

Endelig bad Styrelsen mig om at oplyse, hvilken rolle det Nordiske Cochrane Center har i afholdelsen af kurset, idet jeg havde underskrevet mig med "det Nordiske Cochrane Center" i min e-mail til Region Hovedstaden. Der stod ikke noget om Cochrane-centret i annonceringen for kurset, så det undlod jeg at svare på, da spørgsmålet var irrelevant og heller ikke var noget, der angik Styrelsen for Patientsikkerhed.

Styrelsen havde ikke styr på korrespondancen. Den 1. juni rykkede de mig for de oplysninger, jeg havde indsendt to uger tidligere. Den 16. juni, fire dage efter vi havde afholdt kurset, meddelte Styrelsen, at den ikke agtede at foretage sig noget i sagen.

Jeg lagde videoer af vores foredrag og anden information op på min hjemmeside, deadlymedicines.dk. Vi holdt også flere møder for offentligheden, og jeg holdt mange foredrag i flere lande. Vi forklarede altid, at udtrapningen skulle være meget langsommere end anbefalet i officielle retningslinjer. Derfor skulle Styrelsen for Patientsikkerhed have interesseret sig for retningslinjerne, som var risikable, og ikke for os!

Vi anså disse tilbageslag for at være buler på vejen, og i vores voksende internationale netværk følte vi, at vi bevægede os fremad. I oktober 2017 var der verdenspremiere i København på Anahi Testa Pedersens film, ”Diagnosing Psychiatry” (se kapitel 2). Hun spurgte mig, om jeg havde nogen titelforslag, så jeg foreslog den, fordi filmen viser, at psykiatrien er en syg patient, der også smitter andre patienter. Jeg kunne have valgt den samme titel til denne bog, men jeg ønskede ikke bruge ordet psykiatri.

I november 2017 forsøgte psykiater Jan Vestergaard at få et to-timers symposium om benzodiazepiner på programmet til årsmødet i Dansk Psykiatrisk Selskab på Nyborg Strand fire måneder senere. Selvom mødet varede fire dage og havde parallelsessioner, erklærede bestyrelsen, at der ikke var plads til symposiet. Det handlede om afhængighed og udtrapning, og jeg skulle tale om udtrapning generelt, ikke begrænset til benzodiazepiner.

Da konferencehotellet er meget stort, ringede jeg for at høre, om der var ledige lokaler. Jeg reserverede et lokale og afholdte et to-timers symposium

for psykiatere om morgenen, som vi gentog om eftermiddagen. Jeg gav dem mulighed for at lære noget om afhængighed og udtrapning, selvom bestyrelsen havde ringe interesse i emnet.

Så kom der endnu et bump på vejen, som denne gang var professor i klinisk mikrobiologi, Niels Høiby, valgt i Region Hovedstaden for Liberal Alliance. Han blandede sig i vores altruistiske initiativ (vi tog ikke entre), selvom bakterier ikke har meget at gøre med udtrapning af psykofarmaka. Han rejste et såkaldt politisk spørgsmål og nævnte, at jeg havde skrevet en bog om brugen af psykofarmaka og gennemført kurser for at få patienter til at reducere deres brug af psykofarmaka.

Høiby spurgte, om Rigshospitalets direktion og Hovedstadsregionen evt. i samarbejde med Sundhedsfagligt råd for Psykiatri fagligt havde meldt ud til regionens psykiatere, praktiserende speciallæger i psykiatri og alment praktiserende læger, om man støttede eller tog afstand fra Cochrane Centerets direktørs aktiviteter vedrørende brug af psykofarmaka.

Svaret er lige så interessant som Høibys tåbelige og ondartede spørgsmål. Region Hovedstadens Psykiatri meldte ud om, at de havde informeret alle regionens centre om de nævnte aktiviteter og forholdt sig kritisk til tilbuddet og havde bedt om, at der udvistes opmærksomhed i forbindelse med, at patienter kunne modtage tilbuddet (om udtrapning). Flere klinikchefer og professorer havde desuden offentlig ytret deres uenighed med mig og mine aktiviteter, bl.a. ved mødet ”Kunsten at seponere et lægemiddel” arrangeret af Region Hovedstaden og tidligere ved et offentligt debatarrangement omkring psykofarmaka arrangeret af Region Hovedstadens Psykiatri. ”Ved begge arrangementer deltog Peter Gøtzsche selv”.

Du godeste! Manden selv dukkede op til vores fine arrangementer og vovede endda at stille spørgsmål! Vil det sige, at der per automatik er noget galt med en person, når der er nogle grå eminencer, der ikke er enige med ham? Det er temmelig dystre perspektiver, der her rulles op. Det er åbenbart skrækkeligt, at jeg gerne vil imødekomme patienternes behov, når nu psykiaterne ikke vil, selvom etablissementet hele tiden fremhæver, at patienten skal være i centrum.

Jeg annoncerede symposierne i *Ugeskrift for Læger*, og min ph.d.-studerende Anders Sørensen holdt også en forelæsning. Senere, da vi gik rundt i gangene, fik vi at vide, at de unge psykiatere havde været bange for at deltage, fordi deres chefer ville se dem som kættere og lade dem bøde for

det. Denne mobbeadfærd ses også i løveflokke - hvis en løve forlader flokken og kommer tilbage senere, bliver den straffet. Det forklarede, hvorfor de fleste af de 60 deltagere var sygeplejersker, socialarbejdere, patienter og pårørende. Kun syv sagde, de var psykiatere, men der var sandsynligvis otte mere, som havde undladt at oplyse om deres baggrund på trods af, at de blev bedt om at gøre det, da de kom ind i lokalet.

Ved andre lejligheder har psykologer, socialarbejdere og sygeplejersker, der ønskede at deltage i mine foredrag eller kurser, fortalt mig lignende historier om alvorlige advarsler fra deres overordnede om, at hvis de dukkede op, ville det ikke blive godt modtaget på afdelingen. Dette er skræmmende og også diagnostisk for et sygt speciale. Det fortæller om et psykiaterlav, der opfører sig mere som en religiøs sekt end en videnskabelig disciplin, fordi vi inden for videnskaben altid er opsatte på at lytte til nye forskningsresultater og andres synspunkter, der gør os alle klogere.

Vi havde to foredrag i vores program: ”Hvorfor bør langt de fleste, der får psykofarmaka, trappes ud?” og "Hvordan skal det gøres i praksis?". Vi nævnte i annoncen, at flere psykiatere havde opfordret os til at holde et kursus om udtrapning af psykofarmaka samtidig med deres årsmøde.

Symposierne var en succes. Den mest erfarne psykiater i lokalet fortalte senere en af sine yngre kolleger, at de førende psykiatere ikke nåede mig til sokkeholderne. Det er derfor, de ikke vil have, at deres yngre læger skal lytte på mig. Det kan blive for svært for dem selv, når lægerne kommer tilbage og stiller spørgsmål. De satte også pris på Anders' foredrag. Han har stor erfaring med udtrapning og er en rigtig god foredragsholder.

I juni 2018 afholdt vi et forskningsseminar en eftermiddag i København. Som gæstetalere havde vi Laura Delano, en psykiatrisk overlever fra USA, som fortalte om risikoreducerende udtrapningsprotokoller baseret på en oversigt over de metoder, der havde givet de bedste resultater i lægmandsbevægelsen om udtrapning, og farmaceut Bertel Rüdinger fra København, også en psykiatrisk overlever.[6] Psykiatrien stjal henholdsvis 14 og 10 år af deres liv og bragte dem begge meget tæt på at begå selvmord.

Cochrane ønsker ikke at hjælpe patienterne med at trappe ud

Den største vejspærring blev leveret af Cochrane-samarbejdet. Som nævnt var min kritik af psykofarmaka den direkte grund til, at Cochranes

administrerende direktør, Mark Wilson, mente, at jeg var i ”bad standing”, som de siger i gangsterkredse, i den organisation, jeg medstiftede i 1993. Jeg skrev bogen ”Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse”[7] om Cochranes nyere historie og min udstødelse fra dens bestyrelse, som jeg var valgt til med flest stemmer af samtlige 11 kandidater, og fra Cochrane-samarbejdet. Wilson fik mig endda fyret i oktober 2018 fra mit job i København, som jeg havde haft, siden jeg oprettede det Nordiske Cochrane Center i 1993.[7]

Cochranes handlinger imod mig blev fordømt, og der var artikler i *Science*, *Nature*, *Lancet* og *BMJ*.[7] Børne- og ungepsykiater Sami Timimi anmeldte min bog,[12] og her er et uddrag:

Denne bog fortæller, hvordan en omvendt verden skabes, når markedsføring sejrer over videnskab; hvor det faktiske mål for en årelang kampagne med chikane bliver kaldt den skyldige part ... Gøtzsches overbevisende beretning indeholder citater og dokumentation fra skriftlige og mundtlige kilder, herunder udskrifter af, hvad der faktisk blev sagt på forskellige møder. Bogen er en detaljeret undersøgelse af, hvordan organisationer bliver korrupte, medmindre de omhyggeligt har udarbejdet processer, der beskytter mod, at antidemokratiske kræfter overtager kontrollen, når organisationen er blevet en succes og har nået en bestemt størrelse. Dette er en bog, der afslører, hvordan Cochrane udviklede sig til et hierarki, der var mere optaget af økonomi og markedsføring end af de grunde, den blev oprettet for. Døden af dens integritet betyder, at den vigtigste institution, der var tilbage, som man kunne stole på, når det kom til medicinsk videnskab, er forsvundet ned i det samme markedsføringskaninhul, der fanger så meget af den moderne (såkaldte) medicinske videnskab. Det var faktisk, fordi professor Gøtzsche var villig til at påpege sænkningen af de videnskabelige standarder i Cochrane, at hierarkiet følte sig tvunget til at konspirere om hans undergang.

Gøtzsche… skabte mange af de metodologiske værktøjer, der benyttes i Cochrane-oversigter, og har aldrig været bange for at lade dataene tale for sig selv, uanset hvor upopulære resultaterne kunne være hos nogle læger, forskere og især i medicinalindustrien og blandt producenter af medicinsk udstyr. Under indflydelse af Gøtzsche og andre som ham blev Cochrane kendt som en kilde til troværdige, pålidelige og uafhængige oversigter ... som hjælper læger med at forstå, hvad der virker og i hvilken grad, men lige så vigtigt, hvad der ikke virker, og hvilke skader, behandlingerne kan

forårsage. Det er disse ting, der betød, at Gøtzsche var og er en inspiration for de af os, der ønsker, at lægelig praksis skal være så objektiv, fri for hildethed og sikker som mulig; men en trussel mod dem, der sætter kommercielle hensyn, markedsføring og image højest.

Gøtzsches brillante indsats og hans frygtløse tilgang gav ham mange fjender. Han er en af Danmarks mest kendte forskere og respekteres i forskningskredse over hele verden. Men i årevis har han dokumenteret, at mange produkter, der markedsføres af den farmaceutiske industri og producenter af medicinsk udstyr, kan gøre mere skade end gavn; med detaljerede analyser af, hvordan forskningen fra disse virksomheder vildleder, tilslører eller undertiden ligefrem lyver for at beskytte og fremme deres produkter ... Hans arbejde med psykofarmaka viser, hvor elendige de alle er til at give et bedre liv for dem, der tager dem, samtidig med at de forårsager enorme skader for millioner af patienter, og det har gjort psykiaterlavet rasende, herunder nogle Cochrane-grupper ... I stedet for at lykønske Gøtzsche for at sikre integriteten af Cochranes videnskab, begyndte de at jagte denne sandhedssøger, fordi han ikke fremførte de "rigtige budskaber".

Denne bog beretter i detaljer om denne mørke periode inden for medicinsk videnskab, hvor en engang betroet institution gennemførte en af de værste skueprocesser nogensinde i den akademiske verden. Den administrerende direktør og hans samarbejdspartnere gennemførte deres plot på en måde, der afspejler, hvordan medicinalindustrien opererer. Dens medarbejdere er forpligtet til at beskytte salget af medicin og kan derfor ikke kritisere virksomhedens forskning offentligt. Der er mange eksempler i bogen på, at når man stempler nogen, kan dennes handlinger fortolkes som om, at de bekræfter dette stempel. For eksempel, efter at man havde ladet ham vente i timevis uden for et rum, hvor et møde om hans potentielle bortvisning blev diskuteret, besluttede en forståeligt frustreret professor Gøtzsche at banke på døren og gå ind for at spørge, om det er OK, hvis han går tilbage til hotellet snarere end at fortsætte med at vente. Han bliver irettesat for at trænge ind på mødet, og der kommer en kort ordveksling, før professor Gøtzsche forlader stedet. Dette bliver derefter det eneste eksempel på hans påståede "dårlige opførsel" og en del af "beviserne" for, hvorfor han skal udstødes.

Efter hans udstødelse fra Cochrane, gennemført af et flertal af bestyrelsesmedlemmerne på kun 6 imod 5, med én, der hverken var for eller imod,

trak yderligere fire medlemmer af bestyrelsen sig ud i protest. Førende medicinske forskere fra hele verden udtrykte deres solidaritet med Gøtzsche og forargelse over, hvad Cochrane havde gjort. De anpriste Gøtzsche som en utrættelig fortaler for forskning af højeste kvalitet, som en frygtløs kritiker af videnskabelig uredelighed og en stærk modstander af korruption af forskningen på grund af industriinteresser, og de kritiserede Cochranes uansvarlige handlinger. Historien vil omtale dette som døden for Cochrane snarere end for en whistleblower.

Det var en direkte konsekvens af Cochranes moralske sammenbrud, at Anders og jeg mislykkedes, da vi forsøgte at få en protokol for en Cochrane-oversigt om udtrapning af depressionspiller godkendt.[13] Cochrane-depressionsgruppen sendte os på en toårig mission, som var umulig at gennemføre, og hævede deres krav undervejs til absurde niveauer med mange irrelevante betingelser, herunder et krav om at indføje markedsføringsudsagn om de undere, depressionspiller kan give anledning til, ifølge Cochrane-dogmerne. Cochrane har ingen interesse i en oversigt over sikker udtrapning af depressionspiller, men gjorde sit yderste for at forsvare psykiaterlavet, dets mange falske overbevisninger og medicinalindustrien, mens man glemte, at Cochranes mission handler om at hjælpe patienterne, hvilket var årsagen til, at vi grundlagde det i 1993 og kaldte det et samarbejde.

I 2016 kontaktede jeg psykiater Rachel Churchill, den koordinerende redaktør for Cochrane-depressionsgruppen, der udviste stor interesse for mit forslag om at lave en oversigt. Jeg ansatte Anders, en nyuddannet psykolog, men da vi indsendte en protokol til oversigten, blev den ikke vel modtaget. Det tog ni måneder, før vi hørte fra gruppen. Vi svarede på kommentarerne og indsendte to reviderede udgaver, men kravene til vores protokol bare steg og steg, og de redaktionelle forsinkelser var så udtalte, at vi konkluderede, at redaktørerne bevidst obstruerede processen for at udtrætte os i håbet om, at vi selv ville trække oversigten tilbage, så gruppen ikke kunne blive beskyldt for at være modvillig.

På et tidspunkt vedhæftede Churchill et 30-siders dokument med 86 punkter, som ikke mindre end fire redaktører og tre andre bedømmere havde bidraget til, med individuelle navngivne kommentarer. Dokumentet var på 12.044 ord, inklusive vores svar på tidligere kommentarer, hvilket var syv gange længere end vores oprindelige protokol fra 2017. Anders skrev til mig, at vores oversigt var meget enkel, da vi bare ville hjælpe folk, der

ønskede at stoppe med at tage medicinen, men fik ikke lov til at gøre det: "Hvilken slags verden er dette?".

Da Churchill sendte den 8. og sidste bedømmerudtalelse til os, var hendes invitation til at svare på kritikken pludselig forvandlet til en direkte afvisning. Cochrane-oversigter af medicin handler om at give folk medicin, ikke om at komme af med medicinen igen, og den 8. bedømmelse er en af de værste, jeg nogensinde har set. Den er lige så lang som en forskningsartikel, 1830 ord, og leverede Kejserens nye klæder, hvilket gruppen havde brug for til at slippe af med os. I modsætning til de syv andre bedømmelser var bødlen anonym. Vi bad om at få at vide, hvem det var, men det blev ikke imødekommet.

Vi appellerede Churchills afvisning, svarede på kommentarerne og fremsendte den endelige udgave af vores protokol. Vi vedlagde alle 8 bedømmelser, vores svar på dem og vores endelige protokol til den artikel, vi offentliggjorde om affæren.[13] Dette giver uafhængige observatører mulighed for selv at vurdere, om Cochrane eller vi bærer skylden for, at patienterne ikke får den Cochrane-oversigt om udtrapning, de fortjener.

Det var kun meget få ændringer i protokollen, der var nødvendige. Den 8. bedømmer havde fornægtet en lang række videnskabelige fakta og havde brugt flere stråmandsargumenter, der beskyldte os for ting, vi aldrig havde hævdet.

Vi blev beskyldt for at ”male et billede” om at undgå at bruge depressionspiller, som ikke repræsenterede den videnskabelige konsensus, hvilket var en helt irrelevant og vildledende bemærkning om en oversigt, der handlede om at trappe ud af disse stoffer. Bedømmeren ønskede, at vi skulle ”starte med en erklæring om, hvorfor antidepressiva af det videnskabelige samfund anses for at være gavnlige … i behandlingen af en bred vifte af stærkt handicappende og svækkende mentale sundhedsmæssige problemer” og beskyldte os for at være uvidenskabelige, fordi vi ikke havde nævnt de gavnlige virkninger. Vi svarede, at vores oversigt ikke var en reklame for lægemidlerne, og at det ikke var relevant at diskutere deres effekter i en oversigt om at stoppe med at bruge dem. Desuden bør en Cochrane-oversigt ikke være en konsensusrapport.

Cochrane-redaktørerne havde også bedt os om at skrive om de gavnlige virkninger og nævne, at “nogle antidepressiva kan være mere effektive end andre”, med henvisning til en netværksmetaanalyse i *Lancet*

fra 2018 af Andrea Cipriani og kolleger.[14] Men selv om der er en Cochrane-statistiker blandt dens forfattere, Julian Higgins, redaktør af Cochrane-håndbogen for systematiske oversigter af interventioner, der beskriver over 636 sider, hvordan man laver Cochrane-oversigter,[15] så er oversigten meget upålidelig. Jeg påviste dette i artiklen, "Belønning af de virksomheder, der snyder mest i forsøg med antidepressiva",[16] og en re-analyse foretaget af mine kolleger fra det Nordiske Cochrane Center viste, at de resultater, der blev meddelt i *Lancet*, adskiller sig fra de kliniske forsøgsrapporter i 12 ud af de 19 forsøg, de undersøgte.[17]

En Cochrane-redaktør bad os om at beskrive, hvordan depressionspiller virker, og hvilke forskelle der er mellem dem, og en bedømmer ville have os til at forklare, hvornår det var passende og upassende at bruge depressionspiller. Vi skrev imidlertid ikke en lærebog i klinisk farmakologi, vi forsøgte bare at hjælpe patienterne med at komme af med deres medicin.

Vi skrev i vores protokol, at "Nogle patienter henviser til den gendrevne hypotese om, at en kemisk ubalance i deres hjerne er årsagen til deres lidelse, og derfor også grunden til, at de ikke tør stoppe". Den 8. bedømmer, der tydeligvis troede på løgnen om den kemiske ubalance, mente, at vi affærdigede mange årtiers beviser for, at der var neurokemiske ændringer ved depression, og anklagede os for at have antydet, uden at dokumentere det, at læger udbreder usandheder for at retfærdiggøre deres receptudstedelser.

Det gør de jo, men Cochrane brugte den velkendte taktik med at give patienterne skylden for psykiaternes skadevolden og løgne. Med henvisning til den samme sætning bad koordinerende redaktør Sarah Hetrick os om at skrive: "Folk på antidepressiva kan tro, at de er nødvendige, fordi de tror på, at de vanskeligheder, de oplever, skyldes en kemisk ubalance i hjernen". Patienterne opfandt ikke denne løgn; det gjorde psykiaterne![6]

Den 8. bedømmer bad os om at forklare konceptet med forebyggende depressionspillebehandling, "en velaccepteret klinisk strategi", men dette faldt uden for vores oversigt. Som bemærket i kapitel 2 er der endvidere fejl i alle randomiserede forsøg, der sammenligner vedligeholdelsesbehandling med udtrapning af lægemidlet på grund af kold tyrker effekter i sidstnævnte gruppe.

Vi blev uretmæssigt beskyldt for at have sammenblandet sygdommens tilbagevenden med udtrapningssymptomer, og bedømmeren argumenterede

endda for, at de fleste mennesker, der havde taget depressionspiller i lang tid, kunne stoppe sikkert, uden problemer, hvilket er åbenlyst usandt.

Bedømmeren ønskede, at vi fjernede denne sætning: ”Patienternes tilstand beskrives bedst som medicinafhængighed” under henvisning til kriterierne for medicinafhængighed i DSM-IV. Vi svarede, at ifølge disse kriterier er ingen, der ryger 20 cigaretter hver dag, afhængige af at ryge cigaretter.

Niveauet af fornægtelse, tilsløring og forvirring var virkelig højt i den toårige proces. En bedømmer bad os om at citere afhængighedsrater, men det havde vi allerede gjort, i en sådan grad, at en redaktør bad os om at forkorte det.

Vores langvarige mistanke om, at Cochrane ikke var interesseret i at hjælpe patienterne med at komme ud af deres psykofarmaka, var nu blevet til vished. Men vi nægtede at give op og indsendte tre appeller, en til Churchill, en til Chris Eccleston, seniorredaktør for Cochrane Mental Health and Neuroscience Network og professor i medicinsk psykologi, og til sidst en til Cochranes chefredaktør, Karla Soares-Weiser, som er en psykiater.

Vi understregede, at Cochrane-samarbejdet ikke bør skabe stadigt stigende forhindringer undervejs for dem, der melder sig frivilligt til at gøre arbejdet for at hjælpe lidende patienter, men bør være imødekommende og hjælpsomt. Tidligere havde vi skrevet til redaktørerne, at de “gør noget, der er meget enkelt, meget kompliceret. Vores oversigt har et meget simpelt formål: at hjælpe patienterne med at komme ud af medikamenter, de ønsker at komme ud af”. En redaktør skrev til os, at vores primære effektmål, ”fuldstændigt ophør med antidepressivt medicinbrug”, burde defineres klarere, da det måske ikke er ophør for resten af livet. Måske ikke, men ingen undersøgelser i psykiatrien har nogensinde fulgt alle patienterne, indtil de alle er døde.

Vores første appel blev ikke behandlet af Churchill, men af redaktøren fra Cochrane-luftvejsgruppen, Rebecca Fortescue. Ifølge hende “kan læseren ikke være i tvivl om vores holdning til forholdet mellem de skadelige og gavnlige virkninger af psykofarmaka, som ikke fuldt ud afspejler den gældende internationale konsensus og kan alarmere brugere af oversigten, som er afhængige af Cochranes uvildighed”. Vi svarede med en britisk underdrivelse: ”Vi er lidt overraskede over denne kommentar”. Cochrane-samarbejdet handler ikke om konsensus, men om at lave korrekt videnskab,

og det er meget langt fra at være uvildigt.[6,7] Desuden lå vurderingen af de skadelige og gavnlige virkninger af psykofarmaka uden rammerne for vores oversigt. Vi havde ikke skrevet om dette spørgsmål i vores protokol eller givet udtryk for nogen "holdning".

Selvom vi gentagne gange havde påpeget det, forstod Fortescue, de andre Cochrane-redaktører og bedømmerne ikke, at ”Typer af deltagere” var mennesker, der tog piller og ønskede at komme af med dem. Da ophørs-symptomerne er ret ens for enhver type af patienter, sygdomme eller medi-kamenter, er denne brede tilgang den rigtige, hvilket jeg forklarede allerede i 2000 i *BMJ* i artiklen: ”Hvorfor vi har brug for et bredt perspektiv på metaanalyse: Det kan være meget vigtigt for patienterne”.[18] Fortescue bad om en klarere beskrivelse af populationen, interventionen og sammen-ligningerne, f.eks. om vi ville inkludere forsøg med migræneprofylakse, kroniske smerter eller urininkontinens, og en anden redaktør udbad sig detaljer om hvilke aldre, køn, lokationer, depressionsdiagnoser og typer af depressionspiller vi ville inkludere, som om vi planlagde at udføre et randomiseret forsøg. HJÆLP! Disse krav var fuldstændig absurde og ama-tøragtige. Vi inkluderede alt!

Selvom vi forklarede Eccleston, at der var meget lidt, der adskilte os og Cochrane-depressionsgruppen efter vores seneste revision, som Forte-scue ikke havde set, rettede han ind - selv om han er psykolog - og afviste summarisk vores appel med bare 56 ord: ”Jeg er meget ked af, at denne titel ikke lykkedes, fordi jeg er enig i spørgsmålets betydning. Jeg håber inderligt, at I begge vil tage det, der er lavet, og afslutte det et andet sted. Vi er nødt til at starte en diskussion om dette vigtige emne, og det er blevet vigtigere med tiden, ikke mindre”.

Cochranes chefredaktør, Karla Soares-Weiser, afviste vores appel med 72 ord: ”Jeg har haft mulighed for at se nøje på protokollen, og kommen-tarerne fra redaktørerne og bedømmerne, sammen med dit svar og e-mailudvekslingen mellem dit team og redaktørerne. Kommentarerne, som vi fik fra den åbne bedømmerproces, pegede konsekvent på en mangel på klarhed med hensyn til de foreslåede oversigtsmetoder, og til trods for mere end én mulighed for at tage hensyn til dette, fremviste protokollen ikke tilstrækkelig evidens for, at dette skred frem”.

Vi undrer os over, hvordan det kan være en ”åben bedømmerproces”, når bødlen med overlæg blev forklædt. Vi kan ikke engang tjekke, om denne

person havde uacceptable interessekonflikter. Det er heller ikke korrekt, at der manglede klarhed om vores metoder. Selvom vi fandt mange af kravene urimelige, gjorde vi vores bedste for at leve op til dem, og som forfatter på omkring 20 Cochrane-oversigter og utallige andre systematiske oversigter; efter at have forsvaret, hvad der måske er den første doktorafhandling om metaanalyser i verden inden for sundhedsvæsenet; og efter at have udviklet flere af de metoder, Cochrane bruger, tror jeg nok, jeg ved, hvad jeg laver, i modsætning til Cochrane-redaktørerne.

At patienter organiserer sig i overlevergrupper og forskellige udtrapningsrelaterede initiativer rundt omkring i verden er et klart tegn på, at psykiaterlavet ignorerer dem, hvilket Cochrane også gør. Selvom det er sandt, at "nogle mennesker får forfærdelige ophørssymptomer", forlangte en bedømmer, at vi fuldstændig bagatelliserede denne skade ved at skrive, at "nogle mennesker får ophørssymptomer, der kan have en negativ indflydelse på patientens livskvalitet". Dette må befinde sig i den øverste ende af de britiske underdrivelser. Vi ændrede "forfærdelige" til "alvorlige", hvilket er blevet dokumenteret med benyttelse af præcis dette ord.[8]

Cochrane beskyttede psykiaterlavets interesser, medicinalindustriens kommercielle interesser og specialets falske overbevisninger også i 2015, da jeg forklarede i en *BMJ*-artikel, hvorfor langvarig brug af psykofarmaka forårsager mere skade end gavn, og at vi derfor bør bruge disse stoffer meget lidt.[19] Samme dag angreb Cochranes daværende chefredaktør, David Tovey, som ikke er psykiater, men har været praktiserende læge, og de tre ansvarshavende redaktører for de tre Cochrane-grupper inden for mental sundhed, Rachel Churchill iberegnet, min videnskabelige troværdighed i et hurtigt svar på min artikel.[7] Flere af redaktørerne af andre Cochrane-grupper fortalte mig, at de var forfærdede over, at disse redaktører havde forsøgt at undergrave min forskning ved at appellere til autoritet i stedet for argumenter, hvilket de mente ikke burde forekomme i Cochrane.

Vi vil publicere vores oversigt om udtrapning i et tidsskrift, hvis redaktører ikke er moralsk korrupte og hvis førsteprioritet er at varetage patienternes interesser.

Vejledning om udtrapning af medicin

De praktiserende læger er dem, der udskriver flest psykofarmaka, men det er psykiaterne, der formodes at være eksperter på, hvordan og hvornår de skal bruges, og hvordan man slipper af med dem. De er derfor ansvarlige for den medicinkatastrofe, vi har.

Psykiaterne har gjort hundreder af millioner af mennesker afhængige af psykofarmaka og har alligevel stort set intet gjort for at finde ud af, hvordan de kan hjælpe patienterne med at komme ud af dem igen. De har gennemført titusindvis af medicinforsøg, men kun en håndfuld studier om sikker udtrapning. Vi har derfor yderst lidt forskningsbaseret viden om, hvordan man udtrapper folk.

Der har ikke kun manglet evidens for, i over 150 år, hvordan man kan udtrappe folk fra vanedannende psykofarmaka - inklusive bromider, opium og barbiturater - men de officielle retningslinjer over hele verden har været utilstrækkelige, vildledende og farlige.[3,9,20,21] I alle disse år har lægerne ignoreret deres patienter, når de klagede over vanskeligheder med at komme ud af deres medicin, og de har ikke været i stand til at hjælpe dem.

Resultatet af dette var, at patienterne begyndte at finde løsninger på egen hånd og rådgive andre patienter om, hvordan de kunne stoppe sikkert.[21-27] Denne omfattende brugerviden, baseret på arbejdet blandt dem, der selv har oplevet udtrapning, er langt mere pålidelig, relevant og nyttig end det lidet, der findes med hensyn til såkaldt faglig viden. Jeg vil derfor fokusere på brugererfaringer og råd fra kolleger, der har trappet mange patienter ud. Jeg skifter mellem at beskrive udtrapning set fra patientens synspunkt og set fra terapeutens synspunkt.

Mange psykiatere fortsætter med at vende det blinde øje til katastrofen og hævder, at vi har brug for mere evidens fra randomiserede forsøg, men det er ikke sandsynligt, at en sådan evidens vil være nyttig, fordi udtrapning er en meget individuel og varierende proces. Desuden: Er over 150 års ventetid ikke nok?

Der er mange ting, du skal overveje nøje, inden du starter en udtrapningsproces. Hvis det er muligt, skal du finde en professionel, der kan hjælpe dig med at komme igennem det. Det kan være din læge, men ofte kan det ikke. Det er ikke sandsynligt, at din læge ved, hvordan det skal gøres. Selv i dag råder mange læger deres patienter til at tage medicinen hver anden

dag,[2] hvilket vil forårsage forfærdelige og farlige udtrapningssymptomer hos mange patienter og føre til mislykkede udtrapninger. De fleste læger, og psykiaterne er ingen undtagelse, udsætter deres patienter for en kold tyrker, fordi de trapper medicinen alt for hurtigt ud, og de ulykker, de forårsager, får mange af dem til at beslutte sig for ikke at prøve at hjælpe patienterne igen, mens de overbeviser sig selv om, at deres patienter stadig er syge og har brug for medicinen.

Det er skræmmende, hvad der sker i ”det virkelige liv”, hvilket psykiaterne elsker at tale om, når de prøver at distancere sig fra folk som mig, der hovedsagelig får deres viden gennem læsning og deres egen forskning. Virkeligheden er meget forskellig fra den fantasiverden, som psykiaterne skildrer i deres artikler, lærebøger og manifester, der sigter på at påvirke politikerne og bevare status quo. Her er en typisk historie, som en patient sendte mig:[1]

Efter en traumatisk begivenhed (chok, krise og depression) fik jeg ordineret lykkepiller uden ordentlig oplysning om eventuelle bivirkninger. Efter et år bad jeg psykiateren om at hjælpe mig med udtrapning af medicinen, da jeg ikke mente, den hjalp ... Da jeg forlod psykiateren, havde hun overbevist mig om ... at jeg var underbehandlet og burde have en højere dosis ... Hun advarede mig mod at ophøre med behandlingen, da det kunne medføre kronisk depression. I en periode, hvor psykiateren var langtidssygemeldt, fik jeg mod til, støttet af en psykolog, at trappe ud af medicinen. På det tidspunkt havde jeg fået medicin i tre et halvt år og var blevet mere og mere sløv og ligeglad med alt. Det var som at slippe ud af en osteklokke. Udtrapning er ikke uproblematisk, det giver en masse abstinenser ... Da psykiateren vendte tilbage efter sygdommen, blev hun ”fornærmet” over min beslutning om at stoppe. Jeg havde det meget bedre, og på mit spørgsmål, om jeg så ikke var deprimeret, svarede hun: ”Det ved jeg ikke”. ”Jamen hvis jeg ikke vil have lykkepiller ...?”. ”Ja, så kan jeg ikke hjælpe dig!” var svaret. Jeg har ikke nævnt præparatets navn, men ... pågældende psykiater har et tæt forhold til en producent af lykkepiller.

Det er forkert, når psykiateres selvrespekt afhænger af, om deres patienter kan lide de lægemidler, de ordinerer, og når de ikke ser nogen alternativer til medicin, men det er almindeligt, at de afslutter patienter, der ikke ønsker medicin. Selvom psykiaterne så inderligt ønsker at blive betragtet som rigtige læger, har de glemt, hvad det betyder: Først og fremmest ikke

at gøre skade. Med deres medicin har de vendt det på hovedet: Først og fremmest så skader du. Og så fortæller du patienterne, at de vil vænne sig til det.

Det er op ad bakke, men hvis du er heldig og har en god læge, der er villig til at lytte og indrømme sin egen usikkerhed, vil du måske gerne prøve at uddanne hende som et led i din udtrapningsproces, hvilket ville kunne gavne andre patienter.

For mange år siden besluttede en af mine kolleger, farmaceut Birgit Toft, at gøre netop det: Uddanne de praktiserende læger. Hun fokuserede på benzodiazepiner og udtrapning af dem, og hendes resultater var bemærkelsesværdige.[28] I Medicinenheden i det tidligere Ringkøbing Amt og Region Midtjylland iværksatte Birgit fra 2005 en kraftig indsats mod overforbruget af sove-nerve-medicin over for de praktiserende læger. Da henstillinger og retningslinjer ikke havde fungeret, var hendes indsats rettet mod lægernes holdning og fornyelse af recepter.

Fra 2004 til 2008 faldt forbruget med 27%. Modellen blev gjort landsdækkende i 2008, og efter nogle få år var forbruget i hele landet faldet markant.

Det, der virkede, var lægernes engagement og holdningsændring; at de og deres sekretærer fik ny viden; og samarbejdet mellem lægerne. Derudover var det vigtigt, patienterne skulle møde personligt i klinikken, hvis recepten skulle fornys, og at lægerne blev holdt til ilden af kvalitetskonsulenter i regionen.

Langt de fleste recepter fornys ved telefonhenvendelse til sekretæren eller over Internettet. Sekretæren forbereder en receptfornyelse, som lægen godkender ved et tryk på en knap på computeren. Den automatiske fornyelse af recepter er en af årsagerne til, at behandlingerne fortsætter alt for længe. Lægens opmærksomhed er ikke stor nok, når patienten ikke møder op i klinikken. Vi burde derfor stille krav om personligt fremmøde for alle psykofarmaka, og der må skabes holdningsændringer, så udtrapning bliver mindst lige så vigtigt som at påbegynde behandlingen.

Læger og sekretærer blev undervist, der blev udarbejdet pjecer til læger, sekretærer og patienter, og den lokale ugepresse informerede borgerne om, at de kunne forvente at skulle møde op hos lægen, næste gang de ringede til klinikken for at få en recept.

Undervisningen gik på medicinens skadevirkninger, især på abstinenssymptomerne. Lægerne blev opfordret til at begynde med de nemmeste patienter først og derved få gode erfaringer med, at det kan lade sig gøre at udtrappe medicinen.

Mange læger var skeptiske. De havde imidlertid ikke prøvet den langsomme nedtrapning, som Birgit indførte, men havde trappet ud over få dage eller bare givet patienterne en kold tyrker. Trods modviljen endte mange læger med at undskylde over for deres patienter, at de havde medvirket til, at patienterne var havnet i et uhensigtsmæssigt forbrug. Forbrugsstatistikkerne blev i starten oplevet som en trussel, men når de enkelte patienters ordinationer blev gennemgået, var det en øjenåbner. Til sidst efterspurgte lægerne selv tallene for at se, om deres indsats havde virket.

Desværre var succesen kortvarig, da lægerne brugte de nye depressionspiller i stedet. Birgits arbejde fortæller os, at det er nyttigt at engagere sig i lægernes arbejde, men også at effekten hurtigt forsvinder, hvis det ikke er en permanent proces.

Støttepersoner

Nogle læger vil ikke have, at du trapper ud. Eller de er ikke villige til at investere den fornødne tid, idet indtægterne fra at skrive recepter efter et par minutters konsultation er meget større, end hvis de engagerer sig i folks udtrapningsproblemer og yder psykologisk støtte, mens de trapper ud. Der er så mange forhindringer i systemet, som slet ikke er beregnet til at hjælpe folk med at trappe ud, at det ser ud som om, at livslang medicinering stiltiende antages at være en god ting.

Hvem skal være din hjælper, hvis ikke en læge? Prøv at finde en person, der har haft succes med udtrapning, en såkaldt *recovery mentor* (overlever), og involver denne person i din udtrapning, hvis du kan. Der er organisationer i de fleste lande med psykiatriske overlevere, der er parate til at hjælpe.[22-26] Gå på Internettet og find dem.

Bortset fra overlevere er de bedste hjælpere mennesker, der er uddannet i psykoterapi, f.eks. psykologer. Det kan være overvældende, når dine følelser, der er blevet undertrykt så længe, kommer tilbage, og i denne fase kan det være vigtigt, at du får psykologisk støtte fra en person, der kan lære dig, hvordan man håndterer overgangen fra at bo under en osteklokke til at

leve et fuldt liv, så du ikke giver op og gemmer dig igen under en sky af stoffer og glemmer, at solen venter på dig på den anden side.

Nogle psykologer nægter at hjælpe patienter med at trappe ud, fordi de er blevet indoktrineret under deres universitetsstudier af undervisere, der er hardcore biologiske psykiatere, som udbreder specialets mange løgne. De kan derfor tro, at psykofarmaka er så gode og nødvendige, at der ikke er behov for udtrapning. De fleste psykologer tror, at psykiaterne ved, hvad de har med at gøre. I andre tilfælde tror de, at de ikke har tilladelse til at blande sig i lægernes receptudstedelser og ordrer.

Dette er ikke korrekt. Psykologer må gerne hjælpe patienterne med deres problemer og give de råd, de er trygge ved at give, og støtte dem så meget de kan, uanset hvad problemet er, og derfor også, når patienterne har besluttet, at de vil stoppe med deres medicin. En omfattende guide til psykologer blev udgivet i december 2019, der kan hjælpe dem, der er i tvivl om, hvad de må, og hvordan de skal gøre det.[9]

Jeg kender flere psykologer, der hjælper patienterne med at trappe ud af alle typer medicin, også neuroleptika. Psykiaterne forsøger undertiden at forhindre andre læger i at gøre dette (se Videbechs klage over mig ovenfor) og fortæller dem, at det ifølge loven kun er psykiatere, der kan afgøre, om en patient skal fortsætte med et neuroleptikum. Hvad denne lov betyder, kan diskuteres og fortolkes, men da den kun gælder for læger, er psykologer og andre terapeuter frie til at gøre, hvad de finder passende.

En sundhedsperson eller overlever vil sjældent være i stand til at støtte dig dagligt. Du har derfor behov for en eller to personer, der er villige til at gøre det, da du måske ikke kan vurdere dig selv under udtrapningen. Du skal også beslutte dig for, om de, der holder af dig og forsøger at hjælpe dig, må kontakte din læge og andre, hvis de ser alvorlige problemer eller reaktioner, som du ikke selv kan se eller benægter findes. Fortæl dem, hvad du har besluttet.

Den daglige støtteperson kan være et familiemedlem eller en god ven, forudsat at denne person deler din opfattelse af, at et liv uden medicin er bedre end et liv på stoffer, hvor du har afgivet kontrollen over dit liv til psykiatere eller andre læger.

Din støtteperson skal ikke være nogen med luftige ideer, da det kan distrahere dig snarere end at hjælpe dig. Mange velmenende mennesker har publiceret underlige anbefalinger på Internettet og i pjecer om udtrapning,

som du skal se bort fra, f.eks. at drikke masser af vand, homøopati, akupunktur, vitaminer, andre former for alternativ behandling og forskellige diæter hjælper dig ikke.[29] Det kan være nyttigt at fokusere på noget positivt, noget du kan lide, f.eks. at spille klaver, dyrke sport eller gå en tur i skoven. Undgå negative tanker så meget du kan. De har en tendens til at fange dig i en nedadgående spiral.

For terapeuten er en struktureret tilgang meget nyttig. Der skal være afsat god tid på det første møde, og du skal optage en komplet sygehistorie for at forstå, hvordan du bedst kan hjælpe. Hvornår blev der problemer med den mentale sundhed, og hvad var det? Det første symptom er meget ofte angst,[30] men det overses ofte, når tilstanden forværres og andre symptomer dukker op, og især efter en lang psykiatrisk ”karriere”, hvor patienten måske ikke engang husker, at der var engang, hvor han havde det godt, og hvordan det føltes.

Fik patienten at vide, at han havde en kemisk ubalance; at medicinen fungerer som insulin til diabetes; at hans sygdom findes i generne og vil vare ved resten af livet; eller at han kan blive dement eller blive hjerneskadet på andre måder, hvis han ikke tager medicinen? Alle disse løgne er skadelige, fordi de overbeviser patienterne om, at de skal tage medicin, de ikke bryder sig om, fordi de tror, at alternativet er værre.

Har han prøvet at trappe ud tidligere, havde han nogen støtte eller mødte han kun modstand? Hvorfor mislykkedes det?

En ekstra bonus ved at bruge tid nok på det første møde kan være, at du styrker patientens selvtillid og beslutsomhed til endelig at gøre noget. Det er muligvis første gang nogen har vist interesse for at optage patientens fulde sygehistorie eller lytte nøje til patienten, da han besluttede sig for at tage sin skæbne i egne hænder. Dette er et afgørende og sårbart øjeblik, hvor du skal give patienten al den følelsesmæssige støtte, du kan.

Det er ofte et enormt arbejde at hjælpe en patient igennem en udtrapning, og det slutter ikke engang der. Du skal gennemgå det hele sammen med patienten og opsummere udtrapningsprocessen, inklusive de vigtigste symptomer, der blev oplevet undervejs. Du skal også tilbyde din fortsatte støtte.

Som for de fleste andre tilstande, vokser og aftager udtrapningssymptomerne. Hvis du bliver stresset, kan nogle af udtrapningssymptomerne vende tilbage,[21] hvilket øger risikoen dramatisk for, at du falder ned i

medicinfælden, især fordi de fleste læger afviser muligheden for, at udtrapningssymptomerne kan dukke op igen længe efter en vellykket udtrapning og vil fortælle dig, at de er sygdomssymptomer. Symptomerne kan også dukke op igen uden nogen åbenbar grund eller som reaktion på andre medikamenter, da mange stoffer har virkninger på hjernen. Husk, at det kan tage mange år, før dine hjernefunktioner er fuldstændig genoprettede.

Patienten skal have at vide, at du altid vil være der for hende. Denne følelse af sikkerhed, og af at nogen bryder sig om én, kan have en stærk helende effekt (se også kapitel 3 om psykoterapi).

Den videnskabsetiske komité kvalte vores udtrapningsprojekt

Jeg har haft syv ph.d.-studerende inden for psykiatri, der har produceret unikke forskningsresultater til stor gavn for patienterne, men vores resultater er bestemt ikke faldet i god jord blandt de psykiatriske sølvrygge og andre læger, der på lignende måde er fanget i psykiatriens mytologi.

Der var vejspærringer lige fra starten, da vi tog på udflugt i det psykiatriske landskab. Min første ph.d.-studerende i psykiatri, Margrethe Nielsen fra Forbrugerrådet, påviste i sin ph.d., at vi havde gentaget de samme fejl med de nyere depressionspiller, som vi tidligere havde begået med benzodiazepiner, og før det med barbiturater. Jeg har citeret hendes studier i tidligere kapitler. De var solide, men blev ikke hilst velkommen af to af hendes bedømmere, der havde interesser at forsvare.[6] Den ene, Steffen Thirstrup, arbejdede i Lægemiddelstyrelsen, og den anden, John Sahl Andersen, var praktiserende læge.

De ønskede at forkaste hendes ph.d. uden god grund, og den tredje bedømmer, psykiatriprofessor David Healy, var uenig med dem. Det var en delikat situation, og en embedsmand fra universitetet ringede mig op for at diskutere, hvad vi skulle gøre. Vi blev enige om at behandle afslagene, som ikke var spor overbevisende, som om de havde været bedømmelser af en videnskabelig artikel. Margrethe svarede på kommentarerne og omskrev sin afhandling lidt, og efter at have appelleret til universitetet forsvarede hun den med succes. Hvis der ikke havde været en tredje bedømmer, havde hun måske ikke fået sin ph.d., hvilket ville have været groft uretfærdigt, idet hendes afhandling er betydeligt bedre end mange, jeg har set.

Anders og jeg besluttede, at han skulle assistere 30 på hinanden følgende patienter, som henvendte sig til os for at få hjælp til udtrapning, uanset hvilken medicin de tog, og skrive om det, fordi der ikke fandtes en sådan artikel i hele verdenslitteraturen. Vi besluttede at håndtere denne "kætterske" idé - som mainstream-psykiatrien ville være voldsomt imod - med den største omhu, og vi skrev derfor en forskningsprotokol, som vi indsendte til den videnskabsetiske komité i København.

Vi overvejede at gennemføre et randomiseret forsøg, fordi det er det, du normalt har brug for, når du gerne vil overbevise folk om, at de skal følge dine råd, når de trapper folk ud. Men vi kunne ikke se, hvad vi skulle randomisere til. Korte eller lange intervaller mellem dosisreduktionerne? Ikke relevant, da det er yderst individuelt, hvor hurtigt man kan trappe ud. Dosisreduktioner på 10% eller 20% ad gangen? Det kunne vi godt have gjort, og det ville måske have givet interessante resultater. Men da vi ikke fandt det sandsynligt, indsendte vi en protokol uden randomisering, der beskrev, hvad vi planlagde at gøre for alle patienterne.

Meget nemt og ligetil tænkte vi, men vi løb ind i en formidabel vejspærring. Komitéen svarede, at selv om to erfarne psykiatere var involveret i projektet, var hovedforskeren, Anders, psykolog, og der var ingen klar beskrivelse af, hvem der var ansvarlig for udtrapning af medicinen, hvilket af hensyn til patientsikkerheden skulle være en psykiater.

En interessant bemærkning i betragtning af, at et medlem af komitéen var psykiater på Psykiatrisk Center Amager, der dræbte to patienter med neuroleptika inden for et kort tidsrum, fordi psykiaterne var inkompetente.[31] De faldt begge pludseligt døde om på gulvet. Den første døde lige foran øjnene af den anden, Luise, der sagde til sin mor: ”Jeg bliver den næste”. Luise vidste, at psykiaterne ville dræbe hende. Hun overlevede et stykke tid, fordi hun tålte de overdoserede neuroleptika så dårligt, at hun kastede det meste af medicinen op igen. Til sidst brød de hendes forsvarsmekanisme med en dødelig injektion af et depotlægemiddel. Dette blev kaldt "naturlig død". Både hun og hendes mor havde advaret afdelingen om den alt for høje dosis, men psykiaterne ignorerede dem.

Hvert år, på den dag hvor de dræbte hendes datter, er der en demonstration foran hospitalet med bannere arrangeret af organisationen “Død i psykiatrien”, som hendes mor, Dorrit Cato Christensen, indstiftede. Nogle

gange er der omkring 20 pårørende til psykiatriske patienter dræbt på samme måde.

Dorrits hjerteskærende bog om sin datter er én lang skrækhistorie om forseelser i psykiatrien. Ikke engang efter døden var der nogen retfærdighed. Dorrit klagede, men systemets arrogance, både før og efter drabet, var utroligt. Sundhedsstyrelsen konkluderede, at Luise var blevet behandlet i overensstemmelse med standarden for god speciallægepraksis, hvilket bestemt ikke var tilfældet, da behandlingen så tydeligt ikke havde overholdt Sundhedsstyrelsens egen vejledning. Ifølge Patientforsikringens psykiatri-sagkyndige var Luise blevet behandlet efter bedste specialiststandard. Det er desværre ikke så langt fra sandheden, da standarden er forfærdelig overalt. Forordet, skrevet af tidligere statsminister Poul Nyrup Rasmussen, starter med: "Mor, kan du ikke fortælle verden, hvordan vi bliver behandlet?"[31] Dette var datterens sidste anmodning til sin mor, før hun blev dræbt.

Så vi kunne slet ikke se, hvorfor en psykiater af hensyn til patientsikkerheden skulle være ansvarlig for udtrapning af medicin i vores projekt. Desuden var det ikke et lovkrav.

For at kunne vurdere, om forsøget var sikkert for patienterne, bad komitéen os om at lave en litteraturoversigt af risikoen for selvmordsforsøg og selvmord blandt disse patienter. Dette var også en interessant bemærkning i betragtning af, at lægemidlerne øger risikoen for selvmord, og at der ikke er nogen lægemidler, der reducerer risikoen.

Vi blev bedt om at redegøre grundigt for, hvordan vi sikrede os, at kun forsøgspersoner, der tåler udtrapning af medicin, ville blive udtrappet i forsøget. Det var en catch-22 situation, der gjorde det umuligt for os at gennemføre projektet, da ingen – heller ikke psykiatere - i sagens natur ville kunne garantere dette. Man er nødt til at prøve sig frem.

De øvrige krav var også urimelige. Komitéen ønskede, at in- og eksklusionskriterierne skulle være mere specifikke; bad om en redegørelse for, hvilke effektmål, vi ville bruge; og spurgte om vores spørgeskemaer var validerede og gjorde det muligt at drage pålidelige konklusioner. Vores effektmål var, om patienten blev medicinfri. Det forudsætter ikke validerede skemaer for at være pålideligt.

Vi blev også bedt om at lave en masse tilføjelser til patientinformationen. Tænk over det. Når en videnskabsetisk komité mener, at det er så farligt at hjælpe patienter, der ønsker at komme ud af deres medicin, hvorfor

i alverden blev lægemidlerne så godkendt i første omgang? Er de ikke for farlige at bruge? Jeg mener, at det må blive den logiske konklusion, men sundhedsvæsenet handler ikke om logik; det handler om magt.

Efter at udvalget havde kvalt vores projekt, ringede jeg til en jurist, der arbejdede for komitéen og fortalte hende, at vi jo bare kunne trappe patienterne ud som planlagt, uden at kalde det forskning. Hun havde ikke gode argumenter imod det, så det gjorde vi.

Der er forsøg i gang, der randomiserer patienter til en kold tyrker og til langsom udtrapning. Disse forsøg er meget uetiske, da halvdelen af patienterne bliver unødigt skadet. Jeg opsøgte clinicaltrials.gov nærmest for sjov skyld og søgte på *depression* og *taper*. Det allerførste forsøg, jeg fandt, var totalt uetisk for alle patienterne. Det sammenligner to ugers udtrapning med en uges udtrapning (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02661828): "Da pludseligt ophør med antidepressiv medicin kan forårsage ubehagelige symptomer (inklusive og ikke begrænset til forværret humør, irritabilitet/agitation, angst, svimmelhed, forvirring og hovedpine), er formålet med dette studie at sammenligne tålsomheden af to udtrapningsregimer ud fra en hypotese om, at udtrapning af den antidepressive dosis i løbet af to uger vil give færre ophørssymptomer end en uges udtrapning". Dette forsøg var sponsoreret af Emory University, der er berygtet for en stor korruptionsskandale (se kapitel 2).[6] Jeg behøver ikke sige mere. Psykiatrien er et dårehus, men ikke så meget på grund af patienterne.

Tips om udtrapning

Anders har samlet en kohorte på 30 patienter, der kontaktede os for at få hjælp. Vi satte ingen begrænsninger for lægemiddeltype, diagnose, varighed af medicinindtagelse, aktuelle symptomers sværhedsgrad, tidligere udtrapningsforsøg eller den behandlende psykiaters vurdering af, om udtrapning kunne anbefales.

Cirka halvdelen af de 30 patienter havde fået medicin i 15 år eller mere; de fleste havde forsøgt at trappe ud flere gange uden held; og alle typer af psykofarmaka var repræsenteret. På trods af de høje odds er Anders nået langt og har trappet de fleste af patienterne ud, i sin fritid og uden betaling.

Anders' arbejde er imponerende, og hans patienter er meget taknemmelige for hans altruistiske indsats. De aftaler konsultationer med ham efter

deres behov, og han arrangerer gruppemøder fire gange om året, hvor de deler deres erfaringer. De har hans mobilnummer og kan ringe til ham når som helst. Dette er psykologisk vigtigt og har lagt en ekstra byrde på ham. Mange har brugt denne mulighed, som viser, at det er krævende at hjælpe folk med at trappe ud.

Patienterne udfylder tre spørgeskemaer:

1. Et kvalitativt struktureret interview før den første dosisreduktion, der inkluderer deres sygehistorie og erfaring med psykiatrien, detaljer om tidligere udtrapningsforsøg, deres egen opfattelse af symptomerne og tilstanden, detaljer om, hvad de har fået at vide af deres psykiatere, og frygt og håb for det planlagte udtrapningsforsøg.

2. Et kvalitativt interview efter at være blevet medicinfri om deres oplevelser med at gennemgå en udtrapning og komme sig fra psykopatologien, foreslået vejledning til andre patienter, hvad barriererne var, og hvad der hjalp dem specifikt.

3. Et spørgeskema om livskvalitet (Q-les-Q) inden den første dosisreduktion og seks måneder efter at være blevet medicinfri.

En gang om året inviteres alle patienterne og deres nærmeste pårørende til en informationsaften, hvor de grundlæggende ting om medicinudtrapning og heling af psykopatologien forklares detaljeret, og der kan stilles spørgsmål. Målet er at styrke de pårørendes støttefunktion og undgå at have pårørende, der er imod patienternes valg om udtrapning, hvilket ofte er et problem.

Der er oprettet et netværk, hvor patienter kan dele information og støtte hinanden uden for de officielle møder.

Terapien indebærer at hjælpe patienterne med at overvinde de vanskeligheder, de oplever. Dette inkluderer håndtering af udtrapningssymptomer - hvad de er, hvordan man minimerer dem, hvordan man håndterer dem psykologisk, og hvordan man forhindrer dem i at udvikle sig til destruktiv angst og manglende evne til at trappe ud. Det indebærer også at håndtere angst og følelser, når de kommer til live igen (ophørt følelsesmæssig ligegyldighed), tilbagevenden til samfundet og sociale forhold, krisen ved at indse, hvor meget af ens liv biologisk psykiatri har stjålet, og medicinfri behandling af tilstanden, hvis den stadig er til stede efter vellykket udtrapning.

Uden en systematisk tilgang og støtte under udtrapningen vil resultatet sandsynligvis blive langt mindre positivt, end hvad Anders har opnået. Ud af 250 voksne med alvorlig psykisk sygdom, der ønskede at stoppe psykofarmaka, som 71% af dem havde taget i over ni år, nåede kun 54% deres mål om helt at stoppe med en eller flere slags medicin.[32,33] De brugte forskellige strategier til at klare udtrapningssymptomerne, som 54% vurderede som svære. Selvuddannelse og kontakt med venner og andre, der var stoppet eller havde reduceret medicinen, blev hyppigst nævnt som nyttige. Kun 45% vurderede, at læger havde været nyttige under udtrapningen; 16% påbegyndte processen mod deres læges råd, og 27% fortalte ikke deres læge noget om det, stoppede med at se lægen eller fik sig en ny læge. Ud af dem, det lykkedes for, var 82% tilfredse med deres beslutning.

I Holland har den tidligere patient Peter Groot og psykiatriprofessor Jim van Os taget et bemærkelsesværdigt initiativ. Et hollandsk apotek fremstiller udtrapningsstrimler med mindre og mindre doser af lægemidlet, hvilket gør det lettere at trappe ud. Deres resultater er også bemærkelsesværdige: I en gruppe af 895 patienter på depressionspiller havde 62% tidligere forsøgt at trappe ud uden held, og 49% af disse havde oplevet svære udtrapningssymptomer (7 på en skala 1 til 7).[33] Efter en median på kun 56 dage, var 71% af de 895 patienter kommet af med deres medicin. Hver strimmel dækker 28 dage, og patienterne kan bruge en eller flere strimler til at regulere nedtrapningshastigheden. Der er en hjemmeside om det, hvor opdaterede oplysninger findes: udtrapningstrip.org.

Venlafaxin kan være et særligt vanskeligt lægemiddel, men Groot og van Os skrev, at 90% af 810 patienter, der startede på den laveste solgte dosis, 37,5 mg, blev udtrappet på tre måneder eller mindre.[21] Nogle havde brug for mere end et halvt år, da de led af svære udtrapningssymptomer, og mange af dem, det lykkedes for på bare tre måneder, ville have haft gavn af en længere periode med udtrapning, idet udtrapningssymptomerne kan reduceres markant, hvis udtrapningen tager over seks måneder.[34]

Der er imidlertid et forsikringsproblem. De hollandske sundhedsforsikringsselskaber nægter at refundere udgifter til udtrapningsmedicin i så lang tid, fordi "der ikke er noget bevis i litteraturen" for, at en så langsom udtrapning er nødvendig. Det hollandske nationale sundhedsinstitut har valgt side sammen med forsikringsselskaberne i alle tilfælde, hvor patienterne har

indgivet en officiel klage, selv når deres læger havde attesteret sværhedsgraden af deres udtrapningssymptomer.[21]

1 ADVARSEL! Psykofarmaka er vanedannende. Stop dem aldrig pludseligt, fordi udtrapningsreaktioner kan bestå af alvorlige følelsesmæssige og fysiske symptomer, der kan være farlige og føre til selvmord, vold og mord.[6] 2 Forsøg aldrig at udtrappe en patient, der ikke har et ægte ønske om at blive medicinfri. Det fungerer ikke. 3 Det er yderst vigtigt, at DU er ansvarlig for udtrapningen. Gå ikke hurtigere frem, end du kan klare. 4 Find nogen, der kan følge dig nøje under udtrapningen, da du måske ikke lægger mærke til, hvis du bliver irritabel eller rastløs, hvilket er nogle af faresignalerne. 5 Udtrapningen kan være den værste oplevelse i dit liv. Du skal derfor være klar til det. Du skal ikke starte, hvis du er overarbejdet eller stresset, hvilket kan forværre udtrapningssymptomerne. 6 Husk altid, især hvis det bliver hårdt, at der er et medicinfrit liv på den anden side, der er bedre, og som du fortjener. 7 Det er ikke din skyld, hvis du føler dig elendigt til mode. Det er din læges skyld, der ordinerede medicinen til dig. Mist ikke håbet eller din selvtillid.

I 2017 skrev Sørensen, Rüdinger, Toft og jeg en kort guide om udtrapning, med tips om, hvordan tabletter og kapsler kan deles, og lavede et abstinensskema (se min hjemmeside, deadlymedicines.dk, sidst opdateret i 2020). Der er også er en liste over personer fra flere lande, der gerne vil hjælpe folk med at trappe ud, og links til videoer af vores foredrag om udtrapning i 2017.[35]

Jeg udbygger disse oplysninger nedenfor. Jeg er blevet inspireret af mange mennesker, ud over mange patienter og de allerede nævnte fagpersoner, især af psykiaterne Jens Frydenlund og Peter Breggin, hvis bog om udtrapning er meget nyttig.[36]

Der er et enormt overlap i udtrapningssymptomer mellem forskellige lægemiddelklasser, og selv om der er vigtige forskelle, er det lettere at følge vejledningen, hvis den er den samme for alle lægemidler. Da det er meget varierende, hvad forskellige mennesker oplever, selv når de trapper ud af det samme stof, taler dette også for at give generelle råd. Du kan derfor benytte mine råd, hvis du bruger neuroleptika, lithium, beroligende midler, sovepiller, depressionspiller, stimulanser eller antiepileptika.

Inden du starter en udtrapningsproces, skal du forberede dig meget nøje. Gør dig fortrolig med den type udtrapningssymptomer, i form af fysiske symptomer og uventede følelser og tanker, du kan opleve. Læs indlægssedlen til din medicin og hav god støtte fra personer tæt på dig. Du skal være fast besluttet på at stoppe med medicinen, da det måske ikke bliver let.

Udtrapningssymptomer er positive, fordi de betyder, at din krop er ved at blive normal igen. De betyder ikke ”mig uden medicin”, men ”mig på vej ud af medicin”. Under en langsom udtrapning forsvinder udtrapningssymptomerne hos de fleste mennesker efter nogle få dage eller 1-2 uger.

Som allerede nævnt kan udtrapningssymptomer pludselig dukke op igen efter en symptomfri periode, f.eks. hvis du bliver stresset.[36] Det er normalt og betyder ikke, at din sygdom er vendt tilbage.

Det er vigtigt, at du får en vellykket start. Det er derfor ofte bedst at fjerne den medicin, du sidst startede med,[36] da udtrapningen bliver sværere, jo længere tid du har fået medicinen.[33,36] Det er også vigtigt at trappe ud af neuroleptika og lithium tidligt, da de forårsager så mange skader.[36] Udtrapning kan give søvnproblemer, hvilket er en god grund til at fjerne sovepiller til sidst.

Det kan ikke tilrådes at trappe mere end et lægemiddel ud ad gangen, da det gør det vanskeligt at finde ud af, hvilket lægemiddel der forårsager udtrapningssymptomerne.

Det er sjældent en god ide at erstatte ét lægemiddel med et andet, selvom det nye lægemiddel har en længere halveringstid og derfor forventes at være lettere at arbejde med. Nogle læger gør dette, men et skift kan føre til udtrapningsproblemer eller det modsatte, overdosering, da det er svært at

vide, hvilke doser der skal bruges til de to lægemidler i overgangsfasen. Men det kan være nødvendigt, f.eks. hvis tabletten eller kapslen ikke kan deles (se nedenfor).

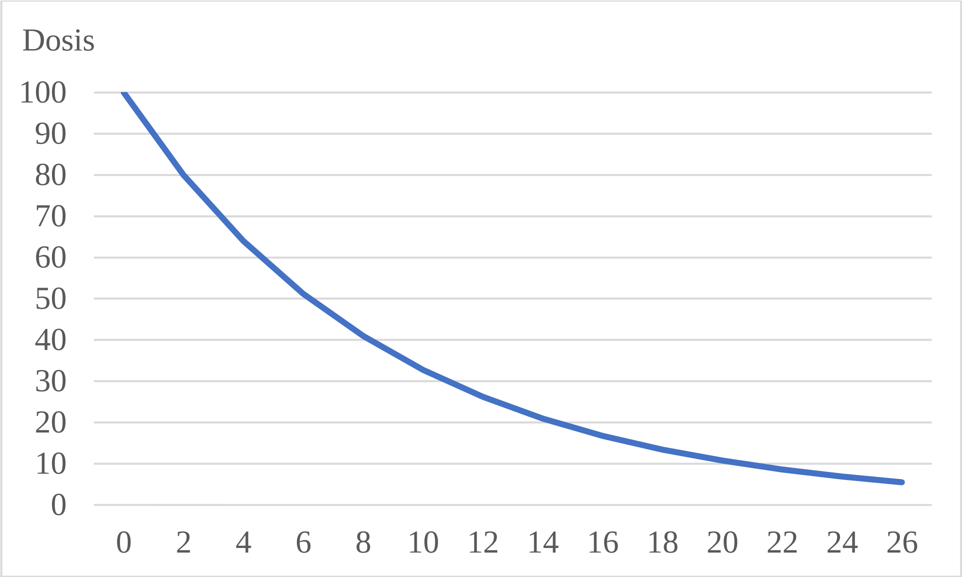
Det anbefales generelt, at man ikke skal starte et nyt lægemiddel, f.eks. en sovepille hvis udtrapningssymptomerne vanskeliggør søvnen. Hvis problemerne bliver uudholdelige, er det bedre at øge dosis lidt, før du prøver at reducere igen, denne gang i mindre grad eller med længere intervaller eller begge dele. Du bestemmer, fordi du er ansvarlig for din udtrapning; alle andre er dine hjælpere.

Hvor langsomt skal du gå frem? Da de fleste patienter overdoseres i betydelig grad, kan det være fristende at tage et stort skridt første gang og reducere dosis med 50%. Men det er bedre at gå langsomt frem fra starten, ikke kun fordi det får dig til at føle, at du kan håndtere udtrapningen, men også fordi det kan gå galt ved et stort første skridt. Dette kan skyldes, at alle lægemidler er uspecifikke. De indvirker på mange receptorer,[34] og vi kender ikke bindingskurverne for alle disse receptorer. Måske er du allerede på den stejle del af kurven for en af receptorerne, når du starter, eller måske er du det i bestemte områder af hjernen.

Udtrapning er IKKE en akademisk øvelse, der kan udledes af teori eller randomiserede forsøg; man må prøve sig frem for hver enkelt patient. Tempoet afhænger af lægemidlet, især af dets halveringstid, dvs. hvor lang tid det tager, før serumkoncentrationen halveres. Variationen fra patient til patient er stor, også genetisk, med hensyn til hvor hurtigt de nedbryder et lægemiddel. Anders fandt fem randomiserede forsøg, men de er alle problematiske. Vigtigst var, at udtrapningen var for hurtig i udtrapningsgruppen, f.eks. kun to uger. Disse forsøg har ført til en fejlagtig påstand om, at der ikke ville være nogen væsentlig fordel ved langsom udtrapning sammenlignet med pludseligt ophør!

Dosisreduktionen skal følge en hyperbel (se figuren). Det lyder indviklet, men det er det ikke. Det betyder bare, at du reducerer dosis, hver gang du trapper ned ved at fjerne den samme procentdel af din tidligere dosis. Så hvis du reducerer dosis med 20% hver gang, og du er nået ned til ca. 50%, skal du fjerne 20% igen næste gang, hvilket betyder, at du nu kommer ned på 40% af startdosis. Du har muligvis brug for en neglefil for at gøre dette og en vægt, så du kan veje doserne. Du kan spørge apoteket om deling af tabletter eller åbning af kapsler, og du kan også købe en tabletdeler.

Hyperbelformet kurve for dosisreduktioner hver anden uge.



Sådan er de officielle anbefalinger ikke. De kan råde dig til at halvere dosis hver gang, hvilket betyder, at du starter med 100%, hvilket er din sædvanlige dosis, og kommer ned på 50%, 25% og 12,5% af din sædvanlige dosis efter kun tre trin, hvilket er alt for hurtigt. Når man bruger den procentvis metode i stedet for og trapper 20% ned ad gangen, ser det sådan ud efter tre gange: 100%, 80%, 64% og 51%.

Du kan prøve et interval på to uger mellem hver dosisreduktion. Hvis det fungerer godt, kan du reducere dette interval, f.eks. til ti dage. Du kan også få behov for at gå langsommere til værks end 20%; måske føler du dig bedre tilpas ved kun at reducere med 10% ad gangen, eller du har muligvis brug for et interval på fire uger.[34]

Overlevere har fundet ud af, at den mindst forstyrrende udtrapning ses, når du reducerer dosis med kun 5-10% om måneden.[23] Men hvis du reducerer med 10% per måned, vil det tage to år, før du kommer ned til 8% af din startdosis, så hvis du har fire slags medicin, kan det tage dig otte år at blive medicinfri. Det er at foretrække at gå hurtigere frem end dette, tage hvad der kommer, og få et nyt liv hurtigere, også fordi jo længere du tager et stof, desto større er risikoen for permanent hjerneskade, og desto sværere er det at komme af med det igen.

Fortsæt i dit eget tempo - alt efter hvad du føler. Reducer ikke igen, før du føler dig stabiliseret på den foregående dosis. Måske du gerne vil holde

en pause på en given dosis, fordi du føler dig stresset. Prøv at føle dig godt tilpas med det, du gør. Hvis udtrapningssymptomerne er slemme, så prøv at udholde dem lidt længere, vel vidende at de normalt bliver mindre kraftige temmelig hurtigt. Hvis du tåler symptomerne, kan det give dig en indre styrke og tro på, at du kan klare det hele vejen i stedet for at falde tilbage i medicinfælden. Men hvis det bliver for hårdt, skal du gå tilbage på den forrige dosis og reducere tempoet for udtrapningen.

Sørg altid for, at du har en eller to venner eller familiemedlemmer, som du kan diskutere din udtrapning med, og som kan observere dig. Du lægge måske ikke mærke til, hvis du er blevet irritabel eller rastløs, hvilket kan være faresignaler.

Det er ikke ualmindeligt, at folk ikke bemærker de fremskridt, de gør, før meget sent i processen, og de kan være tilbøjelige til at fokusere på de ubehagelige udtrapningssymptomer. Vær tålmodig og hold det ud. Gør noget godt for dig selv. En dag lægger du pludselig mærke til, at fuglene synger, for første gang i årevis. Så ved du, at du er på rette vej mod helbredelse.

Det sidste lille skridt kan være det værste, ikke kun på grund af fysiske problemer, men også af psykologiske årsager. Du kan spørge dig selv: ”Jeg har taget denne pille så længe; tør jeg tage det sidste lille skridt? Hvem er jeg, når jeg ikke tager pillen?”. Det bliver ikke lettere, hvis din læge griner af dig og fortæller dig, at det er umuligt, at du kan have nogen udtrapningssymptomer, når dosis er så lav.[37] Hvis din læge hjælper med din udtrapning og opfører sig som en "ved alt" person, så drop din læge. Når du er kommet så langt, vil du sandsynligvis vide meget mere om udtrapning, end din læge gør.

Det er klogt at gå ned til en meget lav dosis, før du stopper. Citalopram, for eksempel, anbefales at blive brugt i doser på 20 eller 40 mg daglig, og det vil overraske enhver læge at få at vide, at selv i en dosis så lav som 0,4 mg er 10% af serotoninreceptorerne stadig besat,[34] hvilket betyder, at du stadig kan opleve udtrapningssymptomer, når du går fra denne lille dosis til ingenting. Psykiater Mark Horowitz har erkendt, at hvis patienterne havde opsøgt ham, før han selv havde oplevet udtrapningssymptomer, ville han nok ikke have troet dem, da de sagde, at de havde store problemer med at komme af med en depressionspille.[37]

Tag det ikke som et nederlag, hvis du mislykkes; bare prøv igen en anden gang. Fortæl dig selv, at du fortjener at få et godt liv og vær fast besluttet på at få det.

Liste over udtrapningssymptomer, du kan opleve

Denne liste er ikke komplet og kan ikke være det, da der findes så mange forskellige udtrapningssymptomer, men vi har samlet de mest typiske. Nogle mennesker mærker udtrapningssymptomerne meget tydeligt, andre lægge næppe mærke til dem. De kan være værre end noget, du nogensinde har oplevet før; de kan være helt nye symptomer; de kan svare til den tilstand, du blev behandlet for, hvilket får de fleste læger til at konkludere, at du stadig er syg og har brug for medicinen, selvom det sjældent er tilfældet; de kan være symptomer, der får psykiatere til at give dig yderligere diagnoser; og de kan være ens for vidt forskellige lægemidler, f.eks. mani.

Når du trapper ud, kan du og dine pårørende blive overraskede over, at tanker, følelser og handlinger kan ændre sig. Dette er normalt, men kan være ubehageligt. Du er måske ikke klar over, at du er blevet følelsesmæssigt ustabil; faktisk er det ret almindeligt, at patienterne ikke bemærker dette.

Nedenfor findes de vigtigste symptomer, du kan opleve. Enkelte af dem kan være farlige. Se advarslerne på indlægssedlen for den medicin, du udtrapper. Hvis du ikke har gemt den, kan du let finde den på Internettet, f.eks. *duloxetine fda* eller *duloxetin indlægsseddel*.

<u>Influenza-lignende symptomer</u>
Led- og muskelsmerter, feber, koldsved, næseflåd, ømme øjne.

<u>Hovedpine</u>
Hovedpine, migræne, elektriske jag/ lynglimt i hovedet.

<u>Balance</u>
Svimmelhed, ubalance, ændret gang, ”tømmermænd” eller følelse af køresyge.

<u>Led og muskler</u>
Stivhed, bedøvende eller brændende fornemmelse, kramper, spjæt, rysten, ukontrollerbare mundtrækninger.

Sanser
Prikken i huden, smerter, lavere smertetærskel, uro i benene, svært ved at sidde stille, sløret syn, lys- og lydoverfølsomhed, spændinger omkring øjnene, ringen/ susen for ørene, sløret tale, ændret lugte- og smagssans, savlen.

Mave, tarm og appetit
Kvalme, opkastninger, diarré, mavesmerter, oppustethed, øget eller nedsat appetit.

Humør
Humørsvingninger, nedtrykthed, gråd, utilstrækkelighedsfølelse, manglende selvværd, opstemthed eller mani.

Angst
Angstanfald, panik, uro, brystsmerter, overfladisk vejrtrækning, svedeture, hjertebanken.

Virkelighedsopfattelse
Følelse af fremmedgjorthed og uvirkelighed, osteklokkefornemmelse, syns- eller hørehallucinationer, vrangforestillinger, psykose.

Irritabilitet og aggression
Irritabilitet, aggressivitet, vredesudbrud, impulsivitet, selvmordstanker, selvskade, tanker om at skade andre.

Hukommelse og konfusion
Forvirring, koncentrationsbesvær, glemsomhed.

Søvn
Indsovningsbesvær, søvnløshed, tidlig opvågning, intense drømme og mareridt, der sommetider er voldelige.

Energi
Lav energi, rastløshed, hyperaktivitet.

På næste side er der et abstinensskema, hvor du kan registrere de udtrapningssymptomer, du oplever, og deres sværhedsgrad.

Abstinensskema for psykofarmaka (Anders Sørensen og Peter C. Gøtzsche, 4. januar 2019)

Alle psykofarmaka er vanedannende og kan give abstinenssymptomer, når en tilvant dosis reduceres. Brug skemaet hver aften for at minde dig selv og dine pårørende om, at abstinenstilstanden er midlertidig; det er ”mig på vej ud af medicin”, ikke ”mig uden medicin”, som er noget helt andet og bedre and at være på vej ud af medicin. Skriv evt. sværhedsgraden af de symptomer, du har, ud for dagene (1 til 5, hvor 5 er værst), men tjek ikke for meget efter; abstinenserne går hurtigst over, hvis de får lov til ”at passe sig selv”. Skriv ny dosis under dagen, hver gang du reducerer. Tilføj evt. yderligere symptomer på de blanke linjer.

Måned: År :______ (Skriv dag i måneden i øverste linje)

Dato i måneden														
Dosis														
Angst / panik														
Depression eller nedstemthed														
Udbrud af gråd														
Humørsvingninger														
Osteklokkefornemmelse														
Irritabilitet / aggression / vredesudbrud														
Influenzalignende symptomer														
Mavegener, kvalme, appetitløshed														
Energiforladthed / udmattelse														
Søvnbesvær, søvnløshed														
Livagtige drømme / mareridt														
Uro og rastløshed / kan ikke sidde stille														
Svimmelhed														
Forvirring / koncentrationsbesvær														
Jeg er ikke mig selv														
Selvmordstanker														
Elektriske stød eller lynglimt i hovedet														
Hovedpine														
Øresusen (tinnitus)														
Ufrivillige bevægelser / “restless legs”														
Rysten og skælven														
Muskelstivhed eller muskelsmerter														
Problemer med at holde balancen														
Svedeture														
Hjertebanken														
Myrekryb / prikken eller snurren														
Kløe eller rødme														
Stikkende / brændende fornemmelse														
Ændret smags- eller lugtesans														
Lys- eller lydoverfølsomhed														
Hukommelsesbesvær														
Seksuelle forstyrrelser														
Sløret syn														
Mani eller hypomani / eufori														
Psykose / vrangforestillinger														

Skemaets hovedfunktion er ikke så meget at følge daglige symptomer som at minde dig om, hvad udtrapningssymptomerne sandsynligvis vil være, og derved fortælle dig, at det, du oplever, er helt normalt. Du skal derfor ikke blive bekymret, ruge over tingene eller gå i panik på grund af disse symptomer, men acceptere dem, medmindre de er farlige og øger risikoen for selvmord og vold, i hvilket tilfælde en midlertidig dosisforøgelse kan være nødvendig. Vi anbefaler ikke, at du gør dette hver dag, da det medfører et indre fokus og konstant selvtjek. Du skal prøve at fokusere på omverdenen og fortælle dig selv, at det er her, du gerne vil være, i stedet for at blive medicineret væk fra den.

Der er andre problemer ved daglige notater. Du har intet referencepunkt, når du starter. Nogle patienter vurderer udtrapningssymptomerne fra de første par dosisreduktioner som maksimalt svære, fordi det er første gang, de oplever noget så forfærdeligt. Hvis symptomerne bliver endnu værre senere, er der ingen kategori for det.

Det hjælper nogle mennesker at skrive om deres tanker, overvejelser og følelser i en dagbog. Det, der betyder noget, er, at du føler dig tryg ved det, du gør. Du bør derfor undgå mennesker og situationer, der kan stresse dig og undgå at påtage sig opgaver, der ikke er strengt nødvendige.

Efter udtrapningen mangler du måske energi i et stykke tid og føler ikke, at du er helt dig selv. Dette er normalt. Gør noget, du kan lide at gøre, vær god mod dig selv, og vær stolt over, hvad du har opnået. Du har muligvis brug for psykoterapi for at hjælpe dig med at komme til bunds i, hvad det er eller var, der holdt dig fanget på psykofarmaka.

Hold øje med dit humør. Det kan tage lang tid, før du er fuldt ud stabiliseret i dit nye liv uden medicin. Det kan være en god ide, at du lærer afslapningsteknikker, hvis du føler dig anspændt.

Deling af tabletter og kapsler

Desværre har vores myndigheder tilladt lægemiddelfirmaerne at bringe lægemidler på markedet uden at skulle undersøge, om der kan opstå problemer, når patienterne stopper med at bruge dem, og at udvikle løsninger, hvis dette er tilfældet.[21] Den akademiske psykiatri er medskyldig. Den har viet stor opmærksomhed til effekten på kort sigt af nye lægemidler og til starten af behandlingen, men næsten ingen til at stoppe behandlingen. Det

var ikke psykiatrien, men patienterne, der gjorde opmærksom på det alt for begrænsede antal styrker af lægemidlerne. Klinisk praksis blev tilpasset, hvad firmaerne solgte, og ikke til, hvad patienterne havde brug for.

Patienterne var i deres gode ret til at kritisere, at virksomhederne ikke leverede de styrker, de så klart havde behov for, og at speciallægeselskaber og guideline-komitéer ikke bad medicinalfirmaerne om at gøre det. Vi bruger ikke alle den samme skostørrelse eller styrke i vores briller, og hunde bliver doseret efter vægt i modsætning til mennesker.

I dette vakuum er vi nødt til at være kreative. Farmaceuterne Rüdinger og Toft har udarbejdet nogle tips om, hvordan man tager mindre end den mindste dosering, som fabrikanterne leverer.[35]

> **Advarsel**: Æsken og indlægssedlen beskriver din medicin. Hvis det er enterotabletter eller enterokapsler, fremstilles de på en sådan måde, at det aktive stof ikke kommer i kontakt med mavesyren. Derfor må de under ingen omstændigheder deles, fordi mavesyren så ødelægger det aktive stof.

Du kan altid spørge på apoteket, om den medicin, du trapper ned, kan deles i mindre enheder. Her kommer nogle hovedregler:

<u>Tabletter</u>
De fleste tabletter er almindelige tabletter, og indholdsstoffet er fordelt ligeligt i hele tabletten. Hvis der er en delekærv, er det let at dele tabletten. Så kan du få halve tabletter. Tabletter kan også deles i fjerde- og ottendedele, som ofte er nødvendige i den sidste del af udtrapningen.

Tabletter kan deles med en skarp kniv, men du kan også købe en tabletdeler eller tabletguillotine på apoteket.

Hvis du kommer til at dele tabletterne i ulige størrelser, kan du lægge dem i størrelsesorden, så du begynder med de største stykker og slutter med de mindste.

<u>Depottabletter</u>
Nogle tabletter er beregnet til at blive meget længe i kroppen, og de er ofte fremstillet på en måde, så indholdsstoffet er lang tid om at fordele sig i krop-

pen. De har et tillæg til navnet, fx depot, prolong, retard. De kan som udgangspunkt ikke deles.

Hvis der er en delekærv i depottabletten, må du dele den langs delekærven, men du må ikke dele den yderligere.

Mange præparater findes både som depot og ikke-depot, og hvis du har brug for at dele et depot-præparat, kan du tale med din læge om at skifte til almindelige tabletter.

Kapsler

Kapsler er lavet af husblas og har kun det formål at samle pulveret. Derfor kan de åbnes, og pulveret kan opslemmes i vand, så du får en uklar blanding, du kan drikke. Den blanding kan du lave i en plastiksprøjte med ml-inddeling, og herfra kan du tage den mængde, der svarer til den dosis, du skal bruge.

Du kan bruge en 10 ml sprøjte, putte pulveret i sprøjten og suge vand op til 10 ml stregen. Sprøjten skal vendes/ rystes et par gange for at få pulveret opslemmet. 1 ml svarer til 10%, 2 ml til 20% osv.

Nu kan du så sprøjte den mængde, du skal bruge, ud i et lille glas og drikke det.

Depotkapsler

Depotkapsler indeholder korn eller minitabletter, som er beregnet til at fordeles i kroppen over lang tid. I de fleste tilfælde kan de skilles ad, og man kan tælle kornene. Dele af indholdet kan drysses på yoghurt eller opslemmes i vand i en sprøjte som nævnt ovenfor.

Udskiftning af medicinen for at kunne trappe ned

I enkelte tilfælde kan en nedtrapning ikke lade sig gøre med den medicin, du får, fordi det ikke er muligt at dele tabletten eller at få mindre af indholdet i en kapsel. Derfor kan du blive nødt til at skifte til medicin, der har samme virkning, men som findes i små styrker. Her skal du have hjælp fra din læge.

Hvis medicinen findes som mikstur, er det meget lettere at afmåle den korrekte dosis.

Tvang er en frygtelig krænkelse af menneskerettighederne

Vi må ikke glemme de patienter, som, selvom de desperat ønsker at komme af med deres neuroleptika, er tvunget til at tage dem, i værste tilfælde som depotinjektioner for at sikre, at de ikke "snyder" ved at spytte tabletterne ud, når personalet er ude af syne.

Jeg har argumenteret grundigt for, hvorfor denne forfærdelige krænkelse af menneskerettighederne skal ophøre.[6] Psykiaterne hævder, at de ikke kan undvære tvang, men det er ikke rigtigt. Eksempler fra flere lande har vist, at de godt kan klare sig uden tvang. Ifølge Italiens mentale sundhedslov er farekriteriet ikke en lovlig begrundelse for tvangsbehandling; det er en sag for politiet, ligesom på Island, hvor man ikke har brugt lænker, spændetrøjer og andre fysiske instrumenter siden 1932.[6] Fysisk fastholdelse er et enormt overgreb på patienter, der er blevet seksuelt misbrugt, hvilket mange indlagte patienter har oplevet; nogle til og med mens de var låst inde på afdelingen.

På Akershus Universitetshospital i Norge har man ikke nogen forskrifter om hurtig medicinsk beroligelse og har aldrig haft brug for det.[6] På en psykosemodtagelse i London ventede psykiaterne i omkring to uger, før de startede neuroleptika hos tvangsindlagte patienter.[6] De fleste patienter valgte i sidste ende at tage noget medicin, ofte i meget små doser, så det kan meget vel være, at det var respekt, tid og husly, der hjalp dem, og ikke de subterapeutiske doser. Tyskland har også vist, hvordan det kan gøres.[38]

Med god ledelse og uddannelse af personalet i de-eskaleringsteknikker er det muligt at praktisere psykiatri uden tvang.[39,40]

Der skal være døgnåbne støttefaciliteter uden tvang, så hospitalet ikke længere er det eneste sted, man kan henvende sig, når man er i akut krise.[38] Det kunne fx være refugier med mulighed for overnatning, og hvor pengene følger patienten og ikke behandlingen. Vi har også behov for sociale og værdige tilbud til mennesker, som er på vej tilbage i samfundet efter at have været i kontakt med psykiatrien.

Psykiatrien ser ud til at være det eneste område i samfundet, hvor loven systematisk overtrædes overalt i verden, og hvor selv højesterets- og ombudsmandsafgørelser slet og ret ignoreres.[6,41] Vi studerede 30 på hinanden følgende sager fra det Psykiatriske Ankenævn i Danmark og fandt, at loven var blevet overtrådt i hver eneste sag.[41,42]

Alle 30 patienter blev tvunget til at tage neuroleptika, som de ikke ville have, selvom der kunne benyttes mindre farlige alternativer, f.eks. benzodiazepiner.[43] Desuden havde psykiaterne ingen respekt for patienternes synspunkter og erfaringer. I samtlige 21 tilfælde, hvor der var information om effekten af tidligere medicin, angav psykiaterne, at den havde haft god effekt, hvilket ingen af patienterne var enige i.[42]

Skadevirkninger af tidligere medicin spillede heller ingen rolle for psykiaternes beslutningstagning, ikke engang når de var alvorlige, f.eks. mistænkte vi eller fandt akatisi eller tardiv dyskinesi hos syv patienter, og fem patienter var bange for at dø på grund af tvangsbehandlingen. En ekspert bekræftede vores mistanke om, at en patient havde udviklet akatisi på aripiprazol, men på samme side anbefalede eksperten - et højtstående medlem af bestyrelsen for Dansk Psykiatrisk Selskab - tvangsbehandling med dette lægemiddel, selvom det blev stoppet på grund af akatisien.[42]

Magtubalancen var ekstrem. Vi havde forbehold overfor psykiaternes diagnoser af vrangforestillinger i ni tilfælde. Der er et element af catch-22, når en psykiater stiller en diagnose, og patienten er uenig. Ifølge psykiateren viser uenigheden, at patienten har manglende sygdomsindsigt, hvilket er et bevis på mental sygdom. Dette misbrug kom også til udtryk, når psykiaterne brugte diagnoser eller nedsættende udtryk om ting, de ikke brød sig om eller ikke forstod; patienterne følte sig misforstået og overset; deres retssikkerhed var en farce; og de skader, de blev påført, var enorme.[42]

Patienterne eller deres sygdom fik skylden for stort set alt, der skete. Psykiaterne syntes ikke at have nogen interesse i traumer, hverken tidligere traumer eller dem, de selv forårsagede. Ophørssymptomer blev ikke taget alvorligt - vi så ikke engang dette eller et lignende udtryk anvendt, selvom mange patienter led af dem.

Tvang bør afskaffes. Psykiatriloven er ikke nødvendig, idet retten til nødværge giver mulighed for at intervenere, når det er bydende nødvendigt, og videnskaben viser, at man ikke kan argumentere rationelt for, at behandlingen er i patienternes bedste interesse.[2,41-43] Det er en meget alvorlig overtrædelse af loven og etikken, når psykiatere overdriver patienternes symptomer og bagatelliserer medicinens skader for at opretholde tvangen, men det sker ofte, og patientjournalerne kan være meget vildledende eller ligefrem forkerte.[6,31,42,44] På denne måde kan psykiaterne siges at levere skueprocesser, hvor de både er efterforskere og dommere og lyver i retten om

beviserne, hvorefter de dømmer patienterne til en behandling, der er dødbringende for nogle af dem og meget skadelig for alle.

Når patienterne klager over denne urimelige behandling, som ikke tillades i nogen anden sektor i samfundet, er det de samme dommere (eller deres venner, der ikke vil være uenige med dem), hvis beviser og vurderinger danner grundlag for dommene ved de to klagenævn, først Det Psykiatriske Patientklagenævn, og derefter det Psykiatriske Ankenævn. Det betyder ikke noget som helst, hvad patienterne siger. Da de er blevet erklæret sindssyge, finder ingen det nødvendigt at lytte til dem. Dette system er så afskyeligt, at det ser surrealistisk ud, men det er virkeligheden i hele verden.

Når man foreslår at afskaffe tvang, omtaler psykiaterne ofte sjældne tilfælde, f.eks. svære manier, hvor patienten er ved at formøble hele formuen. Men det kan klares uden tvangsindlæggelse og -behandling. F.eks. kunne man indføre en nødværgeregel om med kort varsel at fjerne patientens økonomiske råderet.

Enkelte vanskelige tilfælde skal i øvrigt ikke kunne begrunde, at man fortsætter med at skade det store flertal af patienterne,[6] hvilket også gør det svært at rekruttere velegnet personale til psykiatrien. Ingen bryder sig om tvang, og det ødelægger tillidsforholdet til personalet, som er så vigtigt for en bedring i patientens tilstand og for arbejdsmiljøet på afdelingen.

I Danmark og i mange lande kan en person, der betragtes som sindssyg, blive tvangsindlagt med henblik på behandling, hvis udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet. Ingen medicin kan opnå det.

Den anden lovlige grund til tvangsindlæggelse og -behandling er, hvis personen frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre. Dette er også et ugyldigt argument. Psykofarmaka forårsager vold,[6] og de kan ikke beskytte mod vold, medmindre patienterne er blevet dopet i en sådan grad, at de er blevet til zombier.

Behandling med neuroleptika dræber rigtig mange patienter, også unge mennesker (se kapitel 2), og mange flere bliver permanent hjerneskadet.[1,6,36,45] Der findes videoer af børn og voksne med akatisi og tardiv dyskinesi, der viser, hvor frygtelige disse hjerneskader kan være.[46] Det tog psykiatrien 20 år at anerkende tardiv dyskinesi som en iatrogen sygdom,[45] selvom det er en af de værste skader af neuroleptika, der rammer omkring 4-5% af patienterne om året,[47] hvilket betyder, at de fleste patienter i

langvarig behandling vil udvikle det. I 1984 ekstrapolerede Poul Leber fra FDA dataene og kom frem til, at i løbet af livet kunne alle patienter udvikle tardiv dyskinesi.[45] Tre år senere sagde formanden for den Amerikanske Psykiaterforening i et Oprah Winfrey-show, at tardiv dyskinesi ikke var et alvorligt eller hyppigt problem.[48]

Tvang bør afskaffes. Det er vores pligt i henhold til de Forenede Nationers konvention om rettigheder for personer med handicap, som praktisk talt alle lande har ratificeret.[6] Psykiatriloven er ikke nødvendig, da princippet om nødværge giver mulighed for at gribe ind, når det er nødvendigt, og videnskaben viser, at det ikke er rationelt eller evidensbaseret at argumentere for, at tvangsbehandling er i patientens bedste interesse.[6,41,42,49]

Hvis du ikke er overbevist, bør du læse "The Zyprexa Papers" af advokat Jim Gottstein. Det er en bog om ulovlig tvangsmedicinering, som ødelagde patienterne. Psykiatere, advokater og Eli Lilly løj skamløst, og dommerne var ligeglade. Gottstein var nødt til at gå til Højesteret i Alaska før han opnåede nogen retfærdighed, og han løb en stor personlig risiko ved at offentliggøre dokumenter, som skulle holdes hemmelige.[50]

5 Overlevelseskit for unge psykiatere i et sygt system

Jeg skrev denne bog til patienterne og deres pårørende for at hjælpe dem med at undgå at blive fanget af psykiatrien og blive begravet under en dyne af psykofarmaka og derved spilde flere år af deres liv eller i værste fald dø. Men hvad med psykiatri som medicinsk speciale; kan det reddes fra sig selv?

Det kan det ikke. Mange bøger, inklusive denne, har dokumenteret, at de psykiatriske ledere har opgivet rationel tænkning til gengæld for de fordele, de selv får ud af at støtte et totalt sygt system. Det eneste håb, vi har, er, hvis folket protesterer så kraftigt, at det bliver en ustoppelig revolution.

I betragtning af den gennemgribende indoktrinering vil dette sandsynligvis ikke ske. Der vil altid være for mange patienter, der synes, at psykofarmaka har hjulpet dem, og som vil støtte psykiaterlavet, og denne styrke, kombineret med den obskøne rigdom og magt, som lægemiddelindustrien har akkumuleret ved at sælge ubrugelige piller til os, er så stor, at vores politikere, selvom de har indset, hvor dårligt det står til, ikke tør handle i overensstemmelse hermed. Systemet er fastlåst, som om det var blevet tvunget ind i en spændetrøje.

Det er også meget bekvemt for politikerne, at der er et erhverv, der beskæftiger sig med de mest forstyrrende elementer i vores samfund og udøver stram social kontrol over dem, meget strammere end retsvæsenet tillader, undertiden med tidsubegrænsede domme, i et lukket system, hvor ofrenes skrig ikke høres, ligesom i det sovjetiske Gulag-system eller i de nazistiske koncentrationslejre, hvor dødsfaldene forårsaget af dem, der havde magten, blev kaldt naturlige dødsfald, og hvor appelsystemet var en skueproces. Hvad er forskellen til psykiatri, der også kalder dens drab "naturlige dødsfald", hvor appelsystemet er en skueproces, hvor loven systematisk overtrædes, og hvor uafhængige forskere ender med at blive fyret efter en skueproces, hvis de prøver at finde ud af, hvorfor folk døde?

Men vi har en anden kilde til håb end folket, de unge psykiatere, der er under uddannelse, hvis hjerner endnu ikke er fastlåst i falske overbevisninger. Nogle af dem blev så desperate, at de kontaktede mig, selvom jeg ikke kendte dem på forhånd, for at diskutere deres intense frustrationer over et system, der så klart forværrer tingene for dets patienter.

En af dem, den 46-årige overlæge Klaus Munkholm fra den psykiatriske afdeling på Rigshospitalet, havde læst bøger af Robert Whitaker og mig og var blevet klar over, at det, han havde troet på i så mange år, var helt forkert. Han skrev til mig i juli 2017 og forklarede, at det nagede ham, at biologisk psykiatri ikke havde hjulpet ham med at forstå bipolar lidelse, som var hans største forskningsinteresse. Han havde de samme indvendinger om andre psykiatriske lidelser og ønskede at engagere sig i meningsfuld forskning.

Jeg er meget hurtig til at bedømme mennesker og arrangerede straks et møde, der gik vældig godt. Vi indledte et frugtbart forskningssamarbejde, men det havde følger for Klaus. Allerede en måned efter vores første møde blev han - både i en e-mail og på et møde - frarådet at samarbejde med min forskergruppe, og han blev advaret om, at det ville få konsekvenser for hans karriere. Jeg svarede: ”Kan du se ligheden med religiøs fanatisme? Det er præcis sådan, Jehovas Vidner, Scientology og alle de andre reagerer. Det er uhørt i en akademisk kontekst, men siger en masse om, hvor psykiatrien befinder sig”.

Klaus gav sig ikke, og fra december 2017 ansatte jeg ham en dag om ugen, til stor fortrydelse for hans chef, professor Lars Kessing.

Samme måned bad en anden chefpsykiater, Kristian Sloth, også ukendt for mig, om et møde, hvor han henledte min opmærksomhed på en meddelelse fra Region Hovedstadens Psykiatri om, at depressionspiller kan forebygge demens. Det kan de naturligvis ikke; forskningen har vist, at det er mere sandsynligt, at de *forårsager* demens (se kapitel 2). Kristian bemærkede også, at han havde reduceret medicinudgifterne med 35% på kun et år, efter han begyndte at arbejde på afdelingen. Han fortalte mig om en patient, der blev diagnosticeret med skizofreni, fik højdosis Leponex (clozapin), blev psykotisk, fik endnu mere Leponex og endte på Sikringen. Da de stoppede Leponex, forsvandt alle hendes psykotiske symptomer.

Kristian har åbnet et afsnit i sin afdeling, som han kalder "tvangsfrit afsnit", hvor hans patienter er garanteret, at der ikke bliver anvendt tvang.

Klaus var en fornøjelse. Velbegavet og venlig, et stort aktiv for alle de psykiatriske projekter, jeg havde startet. Det tog ikke lang tid, før jeg fortalte ham, at jeg ønskede at ansætte ham på fuld tid. Han forlod psykiatrien og blev fuldtidsansat et år efter, at han først kontaktede mig. Nogle af psykiatriens sølvrygge, som tidligere havde haft stor respekt for ham, behandlede ham nu som Jehovas Vidner og Scientology behandler afhoppere.

En psykiater søgte væk fra den afdeling i Glostrup, hvor overlæge Lars Søndergård havde overdoseret patienterne så uhyrligt og imod retningslinjerne, at han ikke længere måtte arbejde som psykiater på grund af sin farlighed.[1] Hun blev ansat i Slagelse, men i mellemtiden havde Søndergaard fået lov til at praktisere igen, under nøje supervision, og han dukkede op på den lukkede afdeling, hvor hun nu var.

Søndergaard fortsatte med at overdosere sine patienter helt monstrøst. Hans chef, Michael Schmidt, superviserede ham ikke, og det var et rent held, at alle hans patienter overlevede de enorme overdoser, ofte med flere neuroleptika samtidig. Sygeplejerskerne og hans psykiaterkolleger var meget bekymrede over, hvad de så og kontaktede Schmidt om det, men der skete ingenting. Schmidt svarede, at ”Mange af de patienter, vi i dag møder i det akutte område, er meget udadreagerende og særdeles vanskelige at behandle inden for den nuværende vejledning. Det vil altid være således, at den enkelte læge/ speciallæge kan fravige vejledninger og instrukser i forhold til egen erfaring og patientens tilstand.”[2] Da der i Slagelse herskede en kultur, hvor kritik ikke blev tolereret, og de ansatte frygtede at tale højt, besluttede sygeplejerskerne at involvere deres fagforening.

Søndergaards grove lægefejl omfattede ændring af korrekt behandling startet af en anden læge mod alkoholisk delir, som er en meget farlig tilstand, og ordinering af to neuroleptika, hvilket markant øger risikoen for krampeanfald, pludselige hjertearytmier og død.[3] En patient fik methadon, som kan forårsage dødbringende arytmier, hvorfor Sundhedsstyrelsen advarer imod at give neuroleptika samtidig, men denne patient fik ordineret tre neuroleptika samtidig og blev udskrevet samme dag.[3]

Schmidts svar var ekstremt arrogant.[4] Han kunne ikke genkende nogle af de forfærdende eksempler på overdosering, journalisten sendte til ham.

Der gik fire måneder, før Styrelsen for Patientsikkerhed reagerede. Dom-men var hård.[5] Schmidt blev sat under skærpet tilsyn og Søndergård måtte ikke længere arbejde som psykiater. Schmidt havde godkendt forslag fra Søndergård, der betød, at patienterne blev voldsomt overdoseret, og Schmidt havde ikke været i stand til at tolke en videnskabelig artikel fagligt korrekt, men konkluderede det modsatte af, hvad artiklen sagde om dosering. Schmidt havde undladt at orientere Styrelsen om de alt for høje doser, selvom personalet havde gjort ham opmærksom på det flere gange, og

selvom han havde pligt til det. Schmidt havde endda skrevet til Styrelsen, at Søndergård ”har en skarp analytisk tilgang” og ”bl.a. har tilført afdelingen et højere fagligt niveau” i modstrid med Styrelsens opfattelse, som var, at Søndergård i flere tilfælde havde udsat patienterne for alvorlig fare.

Vicedirektør Søren Bredkjær fra Psykiatriledelsen i Region Sjælland udsendte straks efter afgørelsen en pressemeddelelse, der understregede, at de fortsat havde fuld tillid til Schmidt, og at han kun havde fået en ”mildere afgørelse”.

Den uddannelseslæge, der indberettede Schmidt for Styrelsen efter i månedsvis at have forsøgt at løse problemerne ved at tage dem op med ham, betegnede Schmidt over for kolleger som ”kværulantforrykt”.[5]

Til sidst opgav hun og gik i stedet til Bredkjær, som hun opfordrede til at granske de pågældende journaler. Til mødet medbragte hun en liste over de patienter, som blev indlagt den dag, hun havde vagt, og lod ham se sine personlige noter. Hun bad ham om at undersøge sagen nærmere, men der skete intet. Derefter så hun ingen anden mulighed end at gå til pressen.

Overfor journalisten talte Bredkjær hele tiden udenom og ønskede ikke at undskylde overfor de sygeplejersker og læger, der løbende havde advaret om problemerne, men blev overhørt.

Alle de unge psykiatere, der opsøgte mig, satte virkelig pris på at arbejde med deres patienter. Jeg fortalte dem, at de var nøjagtig den type læger, som patienterne og psykiatrien havde brug for, og at de ikke skulle forlade psykiatrien.

En af dem blev alvorligt irettesat af sin chef, da hun begyndte at trappe patienterne langsomt ud af den medicin, de ikke længere havde brug for, men som han havde startet i ambulatoriet.

En anden skrev til mig: ”Kan du forestille dig, hvordan det er at dele kaffe og frokost med disse mennesker dag ud og dag ind, i uger, måneder og år? Jeg bliver tvunget til at lytte til receptorpuristernes gale vidtløftigheder, indtil jeg ikke længere kan holde det ud og beder dem om deres videnskabelige referencer til deres påstande, og det gør dem bare vrede. Jeg er tvunget til at lytte på dem, der altid ønsker at omtale en psykiater, der irriterer dem, fordi han er dårlig til at stille korrekte diagnoser, indtil jeg spørger dem, hvordan de kan vide, at deres særlige gren indenfor diagnosticering er den rigtige, hvilket gør dem vrede. Værst af alt er jeg nødt til at lytte til de

livsstilsorienterede psykiateres snak om deres nyeste lejligheder, biler og rejser, og de bliver vrede på mig, hvis jeg blot nævner ordet psykiatri. Hvad jeg så smerteligt har lært om disse mennesker er, at de fleste af dem er helt uinteresserede i at læse de artikler om de kliniske forsøg, vi faktisk har. I stedet følger de simpelthen deres leder".

Som nævnt i kapitel 2, fik filminstruktør Anahi Testa Pedersen diagnosen skizotypi, da hun blev stresset på grund af en svær skilsmisse. Hun gjorde grin med diagnosen i sin film, og da jeg ikke havde nogen idé om, hvad denne underlige ting kunne være, slog jeg den op på Internettet og fandt en test for skizotypisk personlighedsforstyrrelse.[6] Den er defineret på forskellige måder i forskellige kilder, men testen passer meget godt med, hvordan denne ting er beskrevet på Mayo-klinikkens hjemmeside,[7] og da de siger, at symptomerne er offentliggjort i den Amerikanske Psykiaterforenings diagnosemanual,[6] gik jeg videre. Der var ni spørgsmål, og man skal svare sandt eller falsk, eller ja eller nej, til hver enkelt.

1: "Forkerte fortolkninger af hændelser, f.eks. en følelse af, at noget, der faktisk er ufarligt eller ikke er stødende, har en direkte personlig betydning". Det er et meget vagt spørgsmål, og mange mennesker fortolker hændelser forkert, især psykiatere, eller tager dem personligt.

2: "Mærkelige overbevisninger eller magisk tænkning, der er uforenelig med kulturelle normer". Det er interessant. Hvis en ung psykiater er uenig i de underlige "kulturelle normer" på afdelingen om forebyggende behandling af skizotypi, er han så unormal? Og hvad med Søndergårds uhyrlige overdoser, som var en "kulturel norm", hans chef accepterede? Det ser ud til, at de normale mennesker blandt personalet, der protesterede, kan betragtes som unormale i henhold til spørgsmål 2.

3: "Usædvanlige opfattelser, inklusive illusioner". Jeg har dokumenteret i denne bog og tidligere bøger, at de fleste psykiatere må svare ja til dette spørgsmål. Bare tænk på den illusion, der kaldes den kemiske ubalance.

4: "Mærkelig tænkning og talemønstre". Sikkert er det, at de fleste psykiatere opviser mærkelig tænkning, opretholder løgnen om den kemiske ubalance og mange andre løgne, og fornægter fuldstændig, hvad andre mennesker ser klart, inklusive deres egne patienter, f.eks. at psykofarmaka gør mere skade end gavn.

5: "Mistænksomme eller paranoide tanker, f.eks. en overbevisning om, at nogen er ude efter dig". Hvis du tvangstilbageholdes på en psykiatrisk afdeling, er en sådan reaktion helt normal og forståelig. Personalet er bestemt ”ude efter dig”, nemlig for at tvangsbehandle dig med neuroleptika mod din vilje. Når psykiatriske ledere bruger udtryk om deres modstandere som "antipsykiatri" og "sammensværgelse", kan det så betragtes som et "ja" til spørgsmål 5?

6: "Flade følelser, synes tilknappet og isoleret". Dette er, hvad psykofarmaka gør ved mennesker, så hvis de ikke var unormale til at begynde med, vil psykiaterne sørge for, at de bliver det.

7: "Mærkelig, excentrisk eller ejendommelig adfærd eller udseende". Som nævnt i kapitel 2 er én definition af vanvid at gøre det samme, igen og igen, og forvente et andet resultat, hvilket psykiaterne gør hele tiden. Jeg ville kalde det en mærkelig, excentrisk og ejendommelig adfærd.

8: “Mangel på nære venner eller fortrolige, bortset fra familien”. Dette er, hvad psykofarmaka gør ved mennesker, især neuroleptika; de isolerer folk og kan forvandle dem til zombier.

9: "Overdreven social angst, der ikke mindskes ved fortroligheden med den". Hvis du tvangstilbageholdes på en psykiatrisk afdeling, er en sådan reaktion helt normal og forståelig.

Der er en morsom stavefejl på hjemmesiden.[6] Den siger: "Vores test beregner dine point tydeligt og præcist og giver et impotent forslag". Jeg er enig i, at testen er impotent. Den er ubrugelig og fup. Mange, måske endda de fleste, psykiatere vil teste positivt. Måske de skulle prøve et forebyggende neuroleptikum til deres skizotypi?

Hvad der er mindre underholdende er, at testen er et cirkelbevis for de patienter, der, selvom de er normale, måske tester positivt, når de er blevet behandlet umenneskeligt af psykiatere, herunder tvangsbehandlet med neuroleptika.

En debat på årsmødet for svenske psykiatere under uddannelse

I november 2016 holdt jeg forelæsning i Stockholm og mødtes med Joakim Börjesson, en psykiater under uddannelse, der gerne ville lave forskning sammen med mig. Han blev meget imponeret under sit medicinstudie, da en psykiater fortalte de studerende, at psykiaterne vidste så meget om hjernen

og lægemidlerne, at de kunne bruge lægemidler, der var specifikt rettet mod at genoprette sygdommens biologiske årsag, den såkaldte kemiske ubalance. Han fandt det så fascinerende, at han besluttede at blive psykiater.

Senere, da Joakim arbejdede på denne psykiaters afdeling, blev han bedt om at udarbejde falske lægeerklæringer, der ville give psykiaterens landsmænd (han var ikke fra Sverige) adgang til sociale ydelser. Joakim var i knibe, fordi denne psykiater også var ham, der skulle godkende hans ophold på afdelingen som en del af sin uddannelse, men han fandt en vej uden om, så han undgik at begå socialt bedrageri.

Efter at have læst bøger af Robert Whitaker og mig indså Joakim, at han var blevet totalt fuppet og overvejede at forlade psykiatrien. Han gjorde det ikke og besøgte mig i tre måneder i København, hvor vi arbejdede på en systematisk oversigt over lithiums effekter på selvmord og total dødelighed.[8]

I januar 2018 arrangerede Joakim en session i Göteborg under den årlige konference for 150 svenske psykiatere under uddannelse, hvor jeg debatterede med klinisk farmakolog og professor Elias Eriksson. Vores foredrag var: "SSRI har en god effekt og milde bivirkninger" og "Hvorfor SSRI og lignende antidepressiva ikke burde anvendes til depression", i den rækkefølge. Joakim havde brugt meget diplomati for at få det arrangeret, både internt og i forhold til Eriksson, der har ry for at angribe anderledes tænkende brutalt.

Der var andre problemer. Under diskussionen nævnte jeg, at Eriksson havde indgået en hemmelig aftale med Lundbeck (der sælger tre forskellige SSRI) mod sit universitets regler, hvilket betød, at Lundbeck kunne forhindre offentliggørelse af hans forskning, hvis de ikke brød sig om resultaterne.[9,10] Jeg sagde dette, fordi Eriksson rutinemæssigt "glemmer" at deklarere sine interessekonflikter,[10] men jeg blev straks stoppet af mødelederen. Senere kritiserede Ombudsmanden universitetet for at have dækket over affæren.[11] Eriksson erklærede, at han ikke kunne udlevere nogen korrespondance med Lundbeck til en journalist, fordi den havde fundet sted på en Lundbeck-server, et højst usædvanligt arrangement, for at sige det mildt, og han løj om, hvad anmodningen om aktindsigt drejede sig om.[9,10]

Reglerne for debatten omfattede, at hver af os skulle vælge fem artikler, som ville være de eneste, vi havde lov til at diskutere. Eriksson brød reglerne ved pludselig at spørge mig om små detaljer i en metaanalyse, jeg havde

offentliggjort, som viste, at psykoterapi halverer forekomsten af selvmordsforsøg.[12] Heldigvis huskede jeg detaljerne og svarede. Eriksson brød ikke kun reglerne, metaanalysen var også totalt irrelevant for debatten, der handlede om SSRI. Det var åbenlyst, at Eriksson benyttede beskidte trick i sine forsøg på at overbevise publikum om, at de ikke kunne stole på mig. Joakim skrev til mig, tre uger før mødet:

”Elias Eriksson havde din bog om psykiatri på sin artikelliste. Da jeg talte med Elias Eriksson i telefonen og spurgte ham, hvorfor han havde valgt den (jeg fortalte ham, at han umuligt kunne have fundet nogen evidens til fordel for SSRI i din bog), fortalte han mig, at han havde til hensigt at ”afsløre at Peter Gøtzsche er en charlatan” under sit foredrag. Vi diskuterede derefter dette i cirka en time, og jeg forsøgte frugtesløst at overbevise ham om, at han skulle overholde reglerne for debatten, uden held”.

Eriksson hævdede i sit resumé til mødet, at der ikke var nogen grund til at tro, at nogen af bivirkningerne af pillerne var irreversible, og at de heller ikke var vanedannende. Han mente, at kritikken af pillerne var "ideologisk funderet", og at brugen af dem ifølge kritikerne var resultatet af en verdensomspændende sammensværgelse, der omfattede psykiatere, forskere, myndigheder og medicinalfirmaer. Fem måneder tidligere, da jeg debatterede med Eriksson i svensk radio, sagde han, at pillerne hjalp dramatisk og kunne forebygge selvmord i mange tilfælde.[15]

Efter mødet skrev en psykiater til mig, at man ikke kan overbevise religiøse mennesker om, at der ikke er noget bevis for Guds eksistens, men man kan få dem til at miste tilliden til deres præst, hvis man kan fremlægge beviser for, at han har brugt donationer til kirken til at købe kokain på en bar for homoseksuelle. Han skrev endvidere: ”Elias Eriksson er en simpel lobbyist, der har skaffet sig en formue ved at spille politiske spil i stedet for at lave hæderlig forskning, og det ved han godt selv. Derfor kan han lyve om ting, som han meget godt ved, er usande, f.eks. at der er god evidens for, at antidepressiva virker”.

Jeg fik også at vide, at mange af psykiaterne ikke havde forstået mine forklaringer om, at depressionspiller forårsager selvmord. Dette illustrerer den udbredte kognitive dissonans blandt psykiatere. Når jeg præsenterer de samme lysbilleder for lægfolk, forstår de dem altid. Psykiaterne VIL IKKE forstå, hvad jeg siger til dem, da det er for smertefuldt for dem.

I 2013, da Robert Whitaker var blevet inviteret til at tale på et møde i Malmö, som børnepsykiatere havde arrangeret, greb andre psykiatere ind og fik kontrol over mødet. De sagde, at Bob kun skulle tale om dopaminoverfølsomhedsteorien og ikke vise nogen data om langtidsresultaterne. Selvom dette helt klart var en spændetrøje, gik Bob med til det. Da han ankom, fik han at vide, at Eriksson skulle være hans ”modstander”, og han brugte sin taletid på at fordømme Bob på en utroligt uhæderlig måde. Med Bobs egne ord: "Det hele var et modbydeligt skuespil, der skiller sig ud for dets komplette uærlighed, fra start til slut". Eriksson erklærede, at han betragtede Bob som en "charlatan, der torturerer patienter".

Jeg havde planlagt at komme, men Eriksson havde meddelt, at han ville blive væk, hvis jeg dukkede op!

Det er mærkeligt, at psykiatriens apologeter konstant kalder deres modstandere charlataner eller værre og bruger stråmandsargumenter hele tiden. Ingen af os har nogensinde postuleret noget om en "sammensværgelse" eller brugt dette ord, men på den måde bringer apologeterne sig i dårligt selskab. Nazistisk propaganda talte konstant om en ikke-eksisterende jødisk konspiration på verdensplan.

Nationale sundhedsstyrelser reagerer ikke på selvmord hos børn

I 2018-19 advarede jeg sundhedsstyrelserne i de nordiske lande, New Zealand, Australien og Storbritannien om, at to enkle interventioner, Sundhedsstyrelsens påmindelse til de praktiserende læger og mine konstante advarsler i radio, tv, artikler, bøger og foredrag havde medført, at brugen af depressionspiller til børn blev næsten halveret i Danmark fra 2010 til 2016, mens det steg i de andre nordiske lande.[14]

Jeg nævnte, at det var et alvorligt anliggende, fordi depressionspiller fordobler risikoen for selvmord sammenlignet med placebo i de randomiserede forsøg, og fordi de førende psykiatriprofessorer fortsætter med at fejlinformere folk ved at fortæller dem, at pillerne *beskytter* børn mod selvmord. Derfor opfordrede jeg sundhedsstyrelserne til at handle: "Konsekvensen af den kollektive, professionelle fornægtelse er, at både børn og voksne begår selvmord på grund af de piller, de tager i den falske tro, at de vil hjælpe dem".

Jeg fik ingen svar, eller sene svar eller meningsløse svar, der lignede det, som filosof Harry Frankfurt kalder bullshit, lige før den egentlige løgn.[15] Det finske social- og sundhedsministerium svarede fem måneder senere på den typiske hokuspokus-måde embedsmænd bruger, når de roser et system, der helt klart ikke fungerer, men nægter at anerkende det og gribe ind: ”Øgning i selvmordstanker er blevet forbundet med SSRI i nogle undersøgelser”. Dette er forfærdeligt vildledende. Når alle studier tages i betragtning, er det tydeligt, at depressionspiller øger det hele, selvmordstanker, -adfærd, -forsøg og selvmord, også hos voksne (se kapitel 2).

Efter seks måneder svarede det svenske lægemiddelagentur. Det handlede om processer, og jeg fik at vide, at agenturet havde udsendt behandlingsanbefalinger i 2016, som jeg opsøgte.[16] *Under bivirkninger var der absolut intet om selvmord. Ikke et eneste ord*. Længere nede i dokumentet blev det nævnt, at depressionspiller øger risikoen lidt for suicidalitet, men vi fik også at vide, at "de ikke øger risikoen for selvmord, og der er nogen evidens for, at risikoen er reduceret". Denne information står i skærende kontrast til teksten i den svenske indlægsseddel for fluoxetin, som nævner, at "Selvmordsrelateret adfærd (selvmordsforsøg og selvmordstanker), fjendtlighed, mani og næseblødning blev også rapporteret som almindelige bivirkninger hos børn". Nogle af de såkaldte eksperter, som agenturet havde benyttet sig af, f.eks. Håkan Jarbin, havde økonomiske bånd til producenter af depressionspiller, men intet af dette blev deklareret i rapporten.

Efter seks måneder, i juni 2019, svarede det islandske sundhedsdirektorat, at de havde bedt om en ekspertudtalelse, men jeg hørte ikke fra dem igen.

I 2020 skrev jeg til sundhedsstyrelserne igen og vedhæftede denne gang min artikel om deres passivitet.[14] Sundhedsdirektoratet på Island svarede, at de havde bedt de psykiatere, der var ansvarlige for børne- og ungepsykiatrien, om at give en vurdering ni måneder tidligere, men at de ikke havde reageret på trods af en påmindelse, og havde sagt et par dage tidligere, at de simpelthen ikke havde tid. Jeg svarede: ”De skulle skamme sig. Børn dræber sig selv på grund af pillerne, og de har ikke tid til at tage sig af det. Hvilken slags mennesker er de? Hvorfor blev de nogensinde psykiatere? Hvilken tragedie for de børn, de skulle hjælpe”.

Jeg underrettede Whitaker om det, som svarede, at han altid sagde, at den lægelige professions passivitet med hensyn til ordinering af psykofar-

maka til børn og unge er en form for overgreb og vanrøgt af børn, og institutionelt forræderi.

Jeg fik ingen svar fra Australien eller Storbritannien. Et udateret brev fra sundhedsministeriet i New Zealand sagde, at lægemiddelmyndigheden ikke havde godkendt brugen af fluoxetin til personer under 18 år. Manglen på godkendelse af depressionspiller til børn er imidlertid ikke nogen hindring for deres anvendelse, som steg med 78% mellem 2008 og 2016,[17] og en UNICEF-rapport fra 2017 viste, at New Zealand har den højeste selvmordsrate i verden blandt teenagere mellem 15 og 19 år, to gange højere end i Sverige og fire gange højere end i Danmark.[18] Da jeg besøgte John Crawshaw, direktør for mental sundhed, chefpsykiater og chefrådgiver for sundhedsministeren, i februar 2018, bad jeg ham om at gøre det ulovligt at bruge disse stoffer til børn for at forhindre nogle af de mange selvmord. Han svarede, at nogle børn var så svært deprimerede, at depressionspiller skulle prøves. Da jeg spurgte, hvad argumentet var for at drive nogle af de mest deprimerede børn til selvmord med piller, der ikke virkede på deres depression, blev Crawshaw ilde til mode, og mødet sluttede kort efter.

Såkaldte eksperter på selvmordsforebyggelse ser ud til at være meget hildede og anbefaler medicin, og de håndplukker de undersøgelser, de vælger at omtale, på trods af at de kalder deres oversigt systematisk.[19] Selvmordsforebyggelsesstrategier synes altid at inkludere depressionspiller,[19] selvom de øger selvmord, som det også var tilfældet i et selvmordsforebyggelsesprogram for amerikanske krigsveteraner.[20]

Titlen på et af kapitlerne i min bog om organiseret kriminalitet i medicinalindustrien er: “Børn pushes til selvmord med lykkepiller”.[21] Kan det være værre end dette inden for sundhedsvæsenet, at fortælle børn og deres forældre, at pillerne er gavnlige, når de ikke virker og driver nogle børn til selvmord?

Censur i medicinske tidsskrifter og i medierne

Det er meget vanskeligt at få noget offentliggjort i et psykiatrisk tidsskrift, som psykiaterlavet opfatter som truende for deres falske ideer. Tidsskriftsredaktører er ofte på lønningslisten i medicinalindustrien, og ejere af tidsskrifter har ofte for tætte forbindelser til industrien, som kan true med at trække deres støtte tilbage, hvis tidsskrifterne ikke fremmer deres markeds-

føring. Da *BMJ* i 2004 viede et helt nummer til interessekonflikter og havde en forside, der viste læger klædt ud som svin, der foråd sig ved en banket, og medicinsælgere som firben, truede medicinalindustrien med at droppe reklamerne, og *Annals of Internal Medicine* mistede mellem en og halvanden million dollar i reklameindtægter, efter de publicerede en undersøgelse, der var kritisk over industriens reklamer.[21]

Da Robert Whitaker holdt foredrag på åbningssymposiet for mit nye Institut for Scientific Freedom i 2019, ”Videnskabelig censur i psykiatrien”, omtalte han to emner af stor betydning for folkesundheden: ”Forværrer antidepressiva de langsigtede resultater?” og ”Hvad ved vi om seksuel dysfunktion efter SSRI?”.[22] Bob bemærkede, at ingen af henholdsvis 13 og 14 afgørende studier om disse emner var blevet offentliggjort i de fem bedste psykiatriske tidsskrifter. Disse fem tidsskrifter syntes ikke engang at have diskuteret emnerne.

Psykiatriprofessor Giovanni Fava fandt det så håbløst at offentliggøre resultater, som hans kolleger ikke brød sig om, at han startede sit eget tidsskrift, *Psychotherapy and Psychosomatics*.

Censuren i medierne er enorm. Da min første psykiatribog udkom på svensk, blev jeg inviteret til at holde foredrag i Stockholm og blev interviewet af journalister fra to store aviser. De var meget interesserede, men da intet blev offentliggjort, spurgte jeg hvorfor. Inger Atterstam fra *Svenska Dagbladet* svarede ikke på mine gentagne e-mails, mens Amina Manzoor fra *Dagens Nyheter* svarede, at hendes redaktør mente, det ville være for farligt at fortælle svenske borgere, at depressionspiller er farlige, idet de kan forårsage selvmord! Heldigvis var der en sprække i den aldrig sovende svenske censur, da den tredje landsdækkende avis, *Aftonbladet*, lod mig offentliggøre en artikel, der fyldte hele bagsiden.

Da min bog om den organiserede kriminalitetsindustri, som nogle kalder medicinalindustrien, selvom den begår flere alvorlige forbrydelser end nogen anden industri,[21,23] blev offentliggjort på spansk i 2014, blev jeg interviewet af en journalist fra den toneangivende avis i Barcelona, *La Vanguardia*. Interviewet var planlagt til at fylde hele bagsiden, som læserne synes er mere spændende end forsiden, men det blev aldrig offentliggjort, selvom journalisten var meget begejstret for det. Jeg fandt senere ud af, at der var usunde økonomiske forbindelser mellem avisen og medicinalindustrien.

Det er også meget vanskeligt at få kritiske dokumentarer på nationalt TV, og hvis det lykkes, kan du være dødsikker på, at de bedste indslag er fjernet, ”så vi ikke generer nogen eller får for mange klager fra psykiaterne, medicinalindustrien eller ministeren”. Jeg ved, at dette er tilfældet, fordi jeg har bidraget til mange dokumentarer og har talt med mange frustrerede filmskabere om denne type censur. Selv efter at filmskaberne har fjernet alt det bedste, så det, der er tilbage, ser ud som episode 27 af en harmløs britisk sæbeopera, vil der være en speakerstemme, der fortæller publikum, at "mange mennesker bliver hjulpet af psykofarmaka". Virkelig?

Det kan også være vanskeligt at udgive yderst relevante bøger, hvilket den næste historie illustrerer.

Silje Marie Strandberg er en norsk pige, der blev mobbet i skolen fra 12-årsalderen og blev indlagt på en psykiatrisk afdeling som 16-årig.[24] Hun havde ingen klar opfattelse af sig selv, men psykiaterne sagde, hun havde moderat depression og gav hende Fontex (fluoxetin).

De fordoblede dosis efter tre uger. Silje begyndte at snitte sig selv på maven og armene. Hun blev aggressiv, hørte en indre stemme og fik selvmordstanker. Hun fik ordineret Truxal (chlorprothixen), et neuroleptikum, og kun tre dage senere så hun en mand med en sort kappe og hætte, der sagde, at hun skulle dø og beordrede hende til at drukne sig i en elv. Hun kæmpede og græd, da han talte til hende, og hun sagde, at hun ikke ønskede at dø, men han var der hele tiden og sagde, at hun ikke fortjente at leve. Hun gik ud i elven, mens hun skreg, at hun ikke ville gøre det. Hun kom op igen.

Hun havde aldrig haft sådanne symptomer, før hun kom på medicin, og heller ikke efter, at hun holdt op med at tage den.

Psykiatrien stjal 10 år af Siljes liv, hvor det bare blev værre og værre, med alvorlig selvskade og mange selvmordsforsøg. Hun blev bæltefikseret 195 gange, blev diagnosticeret med skizoaffektiv forstyrrelse, blev isoleret og fik elektrochok.

Efter 7 år i psykiatrien mødte hun en plejeperson, der så pigen bag diagnosen og tog sig af hende. Denne menneskelige indsats er grunden til, at Silje er rask i dag.

I 2016 kom Silje og en filmskaber til København for at filme mig til en dokumentar om hendes liv. Silje havde en aftale med et bogforlag om, hvad hun opfattede som en af psykiatriens succeshistorier. Hun ønskede at stille

mig nogle spørgsmål, herunder om depression skyldes en kemisk ubalance og hvad teorien om serotonin handlede om.

Jeg fortalte Silje, at hendes forløb var alt andet end en succeshistorie, og at hun var blevet alvorligt skadet af psykiatrien. Hun accepterede mine forklaringer, men da hendes psykiatriske "karriere" ikke længere var en succeshistorie, men en skandale, ønskede forlaget ikke at udgive hendes bog! Udgiveren var ikke interesseret i, at hun skulle fortælle, at de stoffer, hun fik ordineret, var grunden til, at hun blev så syg under sit ophold på den psykiatriske afdeling.

Silje blev medicineret af 95 forskellige læger. Hun fik 21 forskellige psykofarmaka: 5 depressionspiller, 9 neuroleptika, lithium, 2 antiepileptika og 4 sovepiller/ beroligende midler (se tabel 5.1). Dette er ikke evidens-baseret medicin:

Handelsnavn	Generisk navn	Type af medicin
Fontex	fluoxetin	depressionspille
Cipramil	citalopram	depressionspille
Effexor	venlafaxin	depressionspille
Zoloft	sertralin	depressionspille
Tolvon	mianserin	depressionspille
Risperdal	risperidon	neuroleptikum
Leponex	clozapin	neuroleptikum
Largactil	chlorpromazin	neuroleptikum
Seroquel	quetiapin	neuroleptikum
Zeldox	ziprasidon	neuroleptikum
Abilify	aripiprazol	neuroleptikum
Zyprexa	olanzapin	neuroleptikum
Truxal	chlorprothixen	neuroleptikum
Trilafon	perphenazin	neuroleptikum
Lithium	lithium	"stemningsstabilisator"
Tegretol	carbamazepin	antiepileptikum
Orfiril	valproat	antiepileptikum
Alopam	oxazepam	sove/beroligende pille
Stesolid	diazepam	sove/beroligende pille
Imovane	zopiclone	sove/beroligende pille
Stilnoct	zolpidem	sove/beroligende pille
Vallergan	alimemazin	antihistamin

Dokumentaren er meget god, informativ og dybt bevægende.[24] Den kan ses gratis. Titlen er: "Lykkepillen: Hun overlevede 10 år med ”tortur” i psykiatrien". Silje og den plejeperson, der reddede hende ud af psykiatriens favntag, rejser rundt i verden og holder foredrag i forbindelse med visningen af filmen.

Her er en anden beretning om censur, der involverede den danske lægemiddelproducent Lundbeck, der sælger flere depressionspiller og neuroleptika.[25]

Dokumentarfilmfestivalen i København, CPH: DOC, den største i verden, viste en meget bevægende norsk film, "Dødsårsag: ukendt", i 2017.[26] Dette er en alternativ måde at maskere drabene i psykiatrien med neuroleptika på, den anden er "naturlig død".

Filmen havde verdenspremiere i København, i Grand teatret. Den handler om filmskaberens søster, der døde meget ung, efter at hendes psykiater havde overdoseret hende med olanzapin (Zyprexa), som forvandlede hende til en zombie, hvilket filmen tydeligt viser. Hendes psykiater var så uvidende, at han ikke engang vidste, at olanzapin kan forårsage pludselig død. Jeg optrådte i filmen, og filmskaberen, Anniken Hoel, bad arrangørerne om at sætte mig på diskussionspanelet. Mit navn var det eneste i reklamen: ”Medicin eller manipulation? Film og debat om psykofarmaka-industrien med Peter Gøtzsche”.

Syv dage før filmen skulle vises, blev jeg fjernet fra panelet under et påskud om, at arrangørerne ikke havde kunnet finde en psykiater, der var villig til at diskutere med mig. Det viste sig, at Lundbeckfonden havde ydet et stort tilskud til festivalen. Det ligner en uafhængig fond, men det er den ikke. Dens formål er at støtte Lundbecks forretningsaktiviteter. CPH: DOC kontaktede mig aldrig om det, selvom jeg kunne have peget på flere psykiatere, der gerne ville diskutere med mig.

Panelet omfattede enhedschef Nikolai Brun, nyansat i Lægemiddelstyrelsen efter en lang karriere i medicinalindustrien, og psykiater Maj Vinberg, der havde økonomiske interessekonflikter i forhold til? Ja, selvfølgelig: Lundbeck (og AstraZeneca). Hun er meget positiv overfor psykofarmaka og har publiceret noget totalt vrøvl om, at depression er arvelig og kan ses på en hjernescanning.

Tidligere samme år havde jeg tilbagevist nogle påstande, hun var kommet med i *Dagens Medicin*, et industrifinansieret smid-væk blad, hvor hun havde karakteriseret den mest grundige metaanalyse af depressionspiller, der nogensinde er lavet[27] som ”en enøjet hetz mod antidepressiv medicin ... tvivlsomme populistiske diskussioner ... skrivebordsgymnastik ... [udført af en gruppe] læger, statistikere og medicinstuderende uden specialviden om psykiatri og dermed depressionslidelser ”(hvilket er usandt). Denne metaanalyse fortalte os, at depressionspiller ikke virker og er skadelige.

Jeg reagerede på Vinbergs tågesnak i det samme blad[28] og forklarede, at jeg havde offentliggjort artiklen, ”Mødet var sponsoreret af dødens købmænd,”[29] der omfattede AstraZeneca, en af Vinbergs velgørere.

Paneldebatten var en total farce. Efter 25 gabende kedelige minutter, bortset fra filmskabernes bidrag, var der kun fem minutter tilbage. En tidligere patient afbrød Brun, der havde talt uafbrudt, ved at råbe: "Spørgsmål!". Mange blandt publikum havde mistet en af deres kære, dræbt af psykofarmaka, og de var blevet mere og mere vrede, fordi paneldeltagerne kun diskuterede indbyrdes og ikke ønskede at involvere publikum. Der var tid til kun tre spørgsmål.

En kvinde spurgte, hvorfor neuroleptika ikke var blevet taget af markedet, når de dræbte mennesker. Brun svarede, at han ikke var ekspert på psykofarmaka, og derefter startede han igen en endeløs monolog, denne gang om kræftmedicin.

Jeg råbte: ”Spørgsmål fra salen!”. En ung mand sagde, at han havde forsøgt at komme ud af sine depressionspiller flere gange uden held og uden hjælp fra læger. Anders hjalp ham senere med at trappe ud.

Det sidste spørgsmål blev stillet af den danske filmskaber Anahi Testa Pedersen, der havde lavet en film om mig og hendes egne oplevelser som psykiatrisk patient, som havde verdenspremiere i den samme biograf syv måneder senere.[30] Anahi spurgte, hvorfor jeg blev taget af panelet eftersom jeg kunne have ydet et godt bidrag. En talsperson for festivalen svarede, at de havde spurgt ”mange mennesker”, men ingen ville diskutere med mig. Anahi afbrød og nævnte en psykiater, der ville have ønsket at komme. Talsmanden svarede ikke, men sagde, at da filmen var kritisk, var der ikke noget behov for mig; de havde brug for nogen til at diskutere filmens budskaber.

Midt i disse uendelige undskyldninger råbte nogen blandt publikum: ”Der er ingen debat!”. Talsmanden svarede, at de ville invitere mig til ”morgendagens debat”, hvilket jeg ikke accepterede, da jeg var blevet vraget fra verdenspremieren på filmen.

Sekunder inden den tildelte tid løb ud, rejste jeg mig op og råbte (fordi jeg tvivlede på, at jeg ville få mikrofonen): ”Jeg er faktisk her. Jeg debatterer med psykiatere over hele verden, men det får jeg ikke lov til i min hjemby”. Der var stor latter og bifald, men publikum var vrede. Det var dybt fornærmende for dem at vise en film om en ung kvinde, der blev dræbt af en overdosis Zyprexa, uden at tillade nogen af dem, der havde mistet et familiemedlem på samme måde at sige noget. Det var en brutal afvisning og et totalt knæfald for Lundbeck.

Anahi skrev om affæren i *Journalisten*.[31] Hun påpegede, at før jeg blev fjernet, havde arrangørerne annonceret, at der ville blive stillet skarpt på overforbruget af psykofarmaka og på, om medicin var den bedste behandling af psykiske lidelser. Efter min fjernelse var fokus på forholdet mellem læger, patienter og erhvervslivet, hvilket ikke kunne være en grund til at fjerne mig, da dette var emnet for min prisbelønnede bog fra 2013, der er udkommet på 16 sprog.[21]

CPH: DOX skriver på sin hjemmeside: ”Vi har mange års erfaring med sponsoraftaler, der tilgodeser både den enkelte virksomhed såvel som festivalen. Alle samarbejder skabes i tæt dialog med den enkelte virksomhed og med afsæt i fælles visioner, udfordringer og muligheder".[31]

Som svar på Anahis artikel skrev Vinberg, at det var ”ærgerligt, at en debat, som skulle handle om en bedre fremtidig behandling af mennesker, som lider af en svær sindslidelse i form af skizofreni, ender i en ret ligegyldig debat om enkeltpersoner.”[31] Hendes erklæring stemte ikke overens med hendes undvigende svar under paneldebatten.

Et andet eksempel på censur leverede DR TV. Den uafhængige dokumentarist Janus Bang og hans team havde fulgt mig på mine rejser til flere lande i fire år, idet jeg skulle spille en central rolle i deres dokumentarer om, hvor forfærdelig og dødbringende psykiatrien er. Janus løb ind i en vejspærring så stor, at han måtte indgå mange kompromiser for at få noget ud på TV. Det lykkedes ham at bringe tre interessante programmer i 2019, ”Psykiatriens dilemma”, men den offentlige debat, han så meget havde ønsket sig

for at få gennemført store reformer, udeblev fuldstændig. Der var pinlige, totalt usandfærdige speakerstemmer, der fungerede som mikrofonholdere for Lundbeck og psykiaterne (medicineksport er vores største indtægtskilde). Og jeg? Jeg måtte overhovedet ikke være med.

Journalister har fortalt mig, at grunden til, at DR TV ikke tør udfordre psykiatrien eller Lundbeck i dag, skyldes to programmer, der blev sendt i april 2013.

Jeg blev interviewet til det første program, ”Danmark på piller”, i tre dele, hvor komiker og journalist Anders Stjernholm informerede seerne om depression og ADHD. Dette var introduktionen:[32]

”I programmet om antidepressiv medicin … møder vi Anne, der fik lykkepiller allerede som 15-årig og i dag døjer med massive bivirkninger. Og Jimmy på 53, der efter 4 år på lykkepiller har mistet sexlysten. Nu viser det sig, at han slet ikke skulle have haft pillerne. Jimmy var nemlig ikke deprimeret, men led af stress. I programmet om ADHD-medicin sætter Anders Stjernholm spørgsmålstegn ved måden diagnosen stilles på. Han møder bl.a. drengen Mikkel, som fik diagnosen ADHD af en psykiater, der aldrig havde mødt ham”.

Budskabet var, at lykkepiller er farlige og ordineres alt for ofte. Men allerede næste dag slog det psykiatriske imperium igen. I *Journalisten* udtalte psykiatriprofessor Poul Videbech:[33] ”Det er en skræmmekampagne, der kan koste folk livet. Jeg kender adskillige eksempler på selvmord, efter at venner og familie har rådet syge til at droppe antidepressiv medicin. Jeg kan selvfølgelig ikke sige med sikkerhed, at det har været på grund af medierne, men så længe muligheden eksisterer, så bør medierne være meget nuancerede i deres dækning af de her emner”.

Videbech sammenlignede dette med journalister, der lavede programmer, der rådede patienter med diabetes til at droppe deres insulin. Samtidig benægter han energisk, at han tror på løgnen om den kemiske ubalance (se kapitel 2). Det ligner kognitiv dissonans.

Videbech var gal over, at han var blevet udeladt af programmet og klagede over det på Facebook og til DR TV: "Det blev klart … at man ikke ønskede reel oplysning om disse problemer – noget, som seerne virkelig kunne have gavn af – men i stedet på forhånd havde valgt nogle synspunkter, som man søgte bekræftet”. Videbech beskrev, hvordan journalisten gentagne gange stillede ham spørgsmål i henhold til sin egen dagsorden, som var, at

"antidepressiva virker ikke;" "hvis de virker, medfører de selvmord;" og “når man holder op med dem, giver det forfærdelige abstinenssymptomer”.

Videbech anses for at være en topfigur i dansk psykiatri, når det gælder depression, og han bliver ofte interviewet. Dette giver ham orakelstatus, som han bruger til at påvirke den offentlige mening og til at forme, hvad folk synes om depression og depressionspiller. Han er ikke vant til at blive modsagt eller omgået, og det gjorde ham vred.

Jeg var den, der dokumenterede overfor Stjernholm, at depressionspiller ikke virker; at de øger risikoen for selvmord; og at patienterne kan få forfærdelige udtrapningssymptomer, når de prøver at stoppe med dem.

Der var mange kommentarer til artiklen om Videbech i *Journalisten*. En bemærkede, at jeg havde ret i, at medierne havde været ukritiske i deres dækning af psykofarmaka. Han påpegede, at mange mennesker havde forsøgt at advare imod dem i mange år, men var blevet gjort tavse eller fyret fra deres positioner, hvorfra de kunne nå befolkningen.

Som allerede nævnt skete dette også for mig, hvilket jeg skrev en bog om.[33] Det påvirkede mig ikke økonomisk, da jeg er velfunderet, i modsætning til så mange andre, der uretmæssigt blev afskediget, da de talte magten midt imod. Jeg nyder mit arbejde som fuldtidsforsker, foredragsholder, forfatter og uafhængig ekspert, f.eks. i retssager mod psykiatere eller medicinalfirmaer.

En anden kommentator fandt det utroligt manipulerende, at Videbech hævdede, at folk havde begået selvmord efter at have stoppet med deres medicin og havde sammenlignet det med diabetikere, der havde brug for insulin: ”Dette er et typisk eksempel på den retorik, som har forplumret debatten om SSRI-præparater i årevis ... Er det rimeligt at man skader mange, for at hjælpe de få?”.

Én bemærkede, at det var interessant at se, at der næsten ikke var udtrapningsprogrammer inden for psykiatrien, og at det udelukkende var op til lægens opfattelse, hvad der skulle ske med patienten. Hun skrev, at folk ofte ender på livslang medicin.

Én nævnte, at hun var medlem af en stor og broget gruppe mennesker, som i årevis havde advaret imod den ukritiske brug af medicin og havde brugt tid og egne midler på at studere og oplyse om farerne og hjælpe ofrene. Enten fordi de havde mistet en elsket eller set en nærtstående persons liv blive ødelagt, eller fordi de havde prøvet det på egen krop. ”MEN!! Hver

eneste gang vi åbner en debat angående dette emne, bliver vi beskyldt for ikke at tænke på dem, der har gavn af medicinen, vi bliver mødt med det argument, som du også bruger, at vi er ligeglade med ofrene for den gode sags tjeneste, at vores oplysning kan få fatale følger!! Hvordan i himmelens navn, skal vi få en nuanceret debat ud af det? … Næsten dagligt bliver vi kontaktet af mennesker, der også af speciallæger bliver forsøgt presset til at indtage SSRI-præparater, på alskens indikationer. Så noget drastisk må der ske, for at der ikke skal komme flere ofre".

Én spekulerede på, hvorfor vi ikke hører noget fra psykiatrien om selvmordene og selvmordsforsøgene, som medicinen forårsager. "Fordi det bliver slået hen som ikke forekommende. Ikke desto mindre stod det på listen over bivirkninger på indlægssedlen i den medicin jeg fik. OG jeg mærkede impulsen på egen krop. MEN fik at vide, at det var min depression, der var udløsende faktor til selvmordstanker og –planer. Det underlige i den sammenhæng var, at impulsen kom kort tid efter min opstart på medicin ... Men konklusionen fra læge og andre involverede var, at jeg skulle sættes op i dosis, hvilket jeg heldigvis takkede nej til og besluttede mig for udtrapning på egen hånd. At mennesker ændrer sig totalt personlig – bliver aggressive og udfarende, paranoide etc. bliver også slået hen".

Kun fire dage senere viste journalisten Poul Erik Heilbuth sin fremragende 70 minutter lange dokumentarfilm, "Pillens mørke skygge", som allerede havde været vist internationalt.[35] Hans efterforskning var helt i top, og han dokumenterede i detaljer, hvordan Eli Lilly, GlaxoSmithKline og Pfizer skjulte, at deres depressionspiller får nogle mennesker til at begå selvmord eller mord, eller får ganske normale og fredelige mennesker til pludselig at kaste sig ud i en serie voldelige røverier i butikker og på tankstationer, som de ikke var i stand til at forklare bagefter og var uforstående overfor. Pillerne ændrede deres personlighed totalt.

Om teorien om den kemiske ubalance sagde baggrundsmaterialet (ikke længere tilgængeligt):

Der er ikke ret mange eksperter, der opretholder teorien i dag. Professor Tim Kendall - lederen af det regeringsorgan, som rådgiver alle engelske læger - kalder teorien vrøvl og vås. Professor Bruno Müller-Oerlinghausen - i 10 år leder af de tyske lægers Lægemiddelkommission - kalder teorien vanvid og en urimelig forenkling. Begge professorer siger, at teorien har

fungeret som en ren marketingstrategi for firmaerne, fordi man kunne sælge folk en opfattelse af, at deres depression har noget med en kemisk ubalance at gøre - og at en pille kan hjælpe med at rette op på den ubalance. I 2013 vil danskere, som går ind på den officielle danske sundhedshjemmeside (skrevet af professorer i psykiatri), få præsenteret essensen af teorien: Antidepressiva påvirker mængden af kemiske budbringere i hjernen og modvirker den kemiske ubalance, der findes ved depression.

Heilbuth havde whistleblower Blair Hamrick med i sin film, en amerikansk sælger fra GlaxoSmithKline, der sagde, at deres slogan for paroxetin var, at det var det glade, liderlige og slankende lægemiddel. De fortalte lægerne, at det vil gøre dig lykkeligere, du vil tabe dig, det vil få dig til at holde op med at ryge, det vil få dig til at øge din libido - alle burde få denne medicin. Hamrick kopierede dokumenter i hemmelighed, og GlaxoSmithKline fik en bøde på 3 milliarder dollar i 2011 for at have betalt returkommission til læger og for ulovlig markedsføring af flere lægemidler, også til børn.[21]

En leder i Politiken fordømte dokumentaren på en usædvanlig fjendtlig måde, og Heilbuth reagerede.[36] Politiken kaldte hans dokumentar ”voldsomt manipulerende,” ”sensationalisme,” ”søgte udelukkende at bekræfte eller verificere den tese, som programmet havde udset som sin præmis,” og de kaldte Müller-Oerlinghausen for et ”tågehorn”.

”Tågehornet” holder foredrag over hele verden, herunder på et symposium et halvt år tidligere arrangeret af Danish University Antidepressant Group. Han var meget klar og velbegrundet gennem hele filmen, og hvad han sagde var fuldstændig korrekt.

David Healy er den psykiatriprofessor, der har set flest hemmelige dokumenter i lægemiddelfirmaernes arkiver, som ekspert i retssager, og han var også en af filmens vigtigste kilder.

Heilbuth fortalte historier om flere mennesker, der havde dræbt sig selv eller andre. Allerede to dage efter hans dokumentar debatterede jeg om selvmord forårsaget af depressionspiller med psykiatriprofessor Lars Kessing i Aftenshowet. Uddrag af debatten er med i Anahis film.[30] Kessing fornægtede videnskaben og myndighedernes advarsler fuldstændig og sagde, at vi ved med stor sikkerhed, at SSRI beskytter mod selvmord. Han tilføjede, at risikoen for selvmord er stor, når folk stopper SSRI, men nævnte ikke, at det skyldes pillernes skadelige virkninger, idet patienterne får en kold tyrker.

Tre dage senere var jeg igen i en TV-debat med Kessing, denne gang om, hvordan vi kunne reducere forbruget af depressionspiller. Kessing hævdede, at de ikke er farlige. Lundbecks forskningsdirektør Anders Gersel Pedersen var også i studiet og sagde, at det farligste er ikke at behandle patienterne, og han hævdede, at patienterne ikke bliver afhængige, men får tilbagefald af sygdommen, når de holder op med at tage pillerne. Kessing hævdede, at måske kun 10% af dem, der besøger deres egen læge, ikke bliver hjulpet af medicinen, en ganske interessant bemærkning om lægemidler, der ikke virker, og hvor upålidelige forsøg ikke har vist 90%, men kun 10% effekt. Da Kessing blev spurgt af intervieweren, hvordan forbruget af piller kunne reduceres - uanset hvad han måtte mene om dets størrelse - besvarede han ikke spørgsmålet. Han sagde, at vi vidste med sikkerhed, at der havde været en stigende forekomst af moderat til svær depression i de sidste 50 år. Jeg svarede, at det kunne vi ikke sige noget om, fordi kriterierne for at stille diagnosen depression var blevet sænket hele tiden i denne periode.

Jeg har erfaret, at når journalister reagerer voldsomt og går direkte imod den videnskabelige evidens og myndighedernes advarsler, er det næsten altid, fordi de tror, at pillerne har hjulpet dem eller nogen tæt på dem, eller fordi en pårørende arbejder i Lundbeck eller er psykiater. Jeg har været udsat for mange sådanne giftige angreb. Det er trist, at journalister kaster alt, de har lært på journalisthøjskolen, overbord og eksploderer i en kaskade af raseri og personangreb, men det kan ske, hvis du fortæller sandheden om depressionspiller. Du angriber en religion.

Som eksempel triumferede en journalist i sin overskrift: ”Jeg tager lykkepiller, ellers var jeg død!”.[37] Hun kaldte mig livsfarlig for de mennesker, der er afhængig af antidepressiv medicin, en vildført professor, der ikke er ”i fuld balance med sig selv, men et menneske, der måske selv skulle opsøge en psykiater”, og som burde skamme sig og blive frataget sin professortitel. "Mit ønske er, at nogen kan standse den gale professor". Hun skrev dette i en tabloidavis, Ekstra Bladet, men de burde ikke offentliggøre den slags.

I en radiodebat argumenterede SINDs landsformand, Knud Kristensen, for, at nogle af deres patienter havde sagt, at depressionspiller havde reddet deres liv. Jeg svarede, at det ikke var et fair argument, fordi alle dem, piller-

ne havde dræbt, ikke kunne stige op af graven og sige, at pillerne dræbte dem.

Jeg skal slutte af med det værste eksempel. Jeg havde aldrig set en institution, der villigt indrømmede, at den uddanner journalister til at skrive fordomsfulde artikler, der ukritisk gentager de stærkt vildledende fortællinger skabt af medicinalindustrien og korrupte psykiatere til stor skade for vores patienter og samfund.[21,38] Men der var den så, i 2020, i et land, der allerede var overfyldt med falske nyheder.

Carter-centerets guide for mental sundhedsjournalisme er den første af sin art i USA.[39] Journalister får besked på at skrive, at adfærdsmæssige sundhedsproblemer er almindelige, og at forskning i årsagerne til og behandlingerne af disse tilstande har ført til vigtige opdagelser i det forgangne årti. De skal informere offentligheden om, at forebyggelses- og behandlingsindsatser er effektive og gavnlige. Det er selvfølgelig medicin, der menes, og er den samme besked, som den Amerikanske Psykiaterforening har udbredt i over 40 år.

Alt dette er helt forkert. Men det fortsætter:

Journalister skal præcist notere, hvad en professionel siger er galt med en patient og skal bruge disse oplysninger til at karakterisere en persons mentale tilstand. Der er ingen opfordring til journalister om at overveje, hvordan mennesker, der har fået en diagnose, ser på sig selv, eller om de accepterer deres diagnostiske etiket.

Nogle af de såkaldte fakta, journalister opfordres til at tage med, er: ”Stofmisbrug er sygdomme i hjernen”. Guiden forklarer, at "Selvom videnskaben ikke har påvist en specifik årsag til mange mentale sundhedstilstande, bidrager et komplekst samspil mellem genetiske, neurobiologiske, adfærdsmæssige og miljømæssige faktorer ofte til disse tilstande". Journalisterne opfordres ikke til at undersøge, hvorfor folkesundhedsbyrden for psykiske lidelser er vokset dramatisk i de sidste 35 år, samtidig med at brugen af psykofarmaka er eksploderet.[40]

Ifølge Carter-centeret er DSM-5 en pålidelig guide til at stille diagnoser. Der nævnes ikke noget om, at diagnoserne er helt vilkårlige konstruktioner bygget på konsensus blandt en lille gruppe psykiatere, eller at de mangler gyldighed, eller at psykiatere er rygende uenige, når de bliver bedt om at

undersøge de samme patienter, eller at de fleste raske mennesker ville få en eller flere diagnoser, hvis de blev testet.

Guiden beder journalister om at gentage beskeden fra den Amerikanske Psykiaterforening om, at psykiatriske tilstande ofte er oversete og underbehandlede, og at psykiatrisk behandling er effektiv. "Psykiatrisk behandling" er en eufemisme for medicin, men det undgår enhver diskussion om, hvor ineffektive og skadelige den er, og får alle til at bide på, fordi "behandling" foregiver at dække også psykoterapi, selvom det sjældent tilbydes.

Guiden siger, at mellem 70% og 90% af mennesker med en mental sundhedstilstand oplever en betydelig reduktion i symptomerne og forbedring af livskvaliteten efter at være blevet behandlet. Kilden til denne forfærdelige misinformation er National Alliance on Mental Illness, en stærkt korrupt patientforening.[38] Det er rigtigt, at de fleste mennesker får det bedre, men det ville også være sket uden nogen behandling overhovedet. Carter-centeret ser ud til at have ”glemt” hvorfor vi foretager placebokontrollerede forsøg, og, som jeg har forklaret i kapitel 2, forbedrer psykofarmaka ikke livskvaliteten; de forværrer den.

Journalisterne bliver bedt om at understrege det positive og undgå at fokusere på mislykket psykiatrisk pleje. Guiden giver ingen råd om at indhente brugererfaringer, selvom de fleste patienter forholder sig kritisk til meningen på bjerget. Der er desuden ingen brugere eller overlevergrupper i centrets to rådgivningspaneler.

Desværre opfattes Carter-centeret som førende inden for uddannelsen af journalister i, hvordan man skal skrive om mental sundhed. Det opfordrer journalister til at fungere som stenografer, der gentager de konventionelle dogmer.

Det er svært at se noget håb for Amerika. Carter-centeret er grundlagt af den tidligere præsidentfrue Rosalynn Carter.

Intet håb for psykiatrien: forslag til et nyt system

Jeg har forklaret i denne bog, hvordan jeg har forsøgt at reformere psykiatrien, hvilken slags vejspærringer jeg og andre er stødt på, og hvad det har kostet mig personligt.

Jeg har også forsøgt at ændre psykiatrien indefra. I december 2017 ansøgte jeg om medlemskab af Dansk Psykiatrisk Selskab, hvilket ikke burde have været noget problem i henhold til deres egne vedtægter: ”Selskabets formål er at fremme dansk psykiatri. I særlig grad er det selskabets opgave at fremme dansk psykiatrisk forskning, at sikre den bedst mulige uddannelse af fagets udøvere, at arbejde for, at befolkningen får et optimalt psykiatrisk behandlingstilbud og at udbrede kendskabet til psykiatri”.

Jeg forklarede, at jeg havde bidraget til selskabets formål gennem mange år uden at være medlem, og at et medlemskab ville give mig bedre muligheder for at bidrage.

Total stilhed. Jeg sendte en påmindelse en måned senere, og da stilheden fortsatte, skrev jeg til hele bestyrelsen syv uger efter min første e-mail.

Dagen efter var formandens, Torsten Bjørn Jacobsens, eneste kommentar i sit afvisningsbrev, at de havde lagt vægt på, at jeg i mit virke ”ikke arbejder med henblik på at fremme selskabets formål”.

To dage senere sendte jeg et detaljeret brev, hvor jeg bemærkede, at de overtrådte deres egne regler. Jeg skrev, at jeg gerne ville deltage i det næste årsmøde, hvilket jeg kun kunne gøre, hvis jeg var medlem. Jeg beskrev også i detaljer, hvordan jeg i usædvanlig grad havde bidraget til selskabets formål. Jeg nævnte, at under det sidste årsmøde havde et æresmedlem, professor emeritus Poul Munk Jørgensen, holdt en æresforelæsning, hvor han understregede, at psykiaterne som faggruppe bliver nødt til at kommunikere med mig. De mange priser, psykiatriske patienter og kolleger havde givet mig, skulle måske også have påvirket bestyrelsen, men det gjorde de ikke.

Tre uger senere svarede Jacobsen: ”Bestyrelsen har lagt vægt på indholdet og karakteren af den forfattervirksomhed, du har haft gennem årene, og som indeholder udtalelser og synspunkter vedrørende det psykiatriske speciale, som ikke er i nogen harmoni med selskabets formålsbestemmelse. Selskabet er selvsagt lydhøre overfor forskellige holdninger indenfor specialet, men et grundelement i et medlemskab af foreningen må være, at man respekterer specialet og anerkendte behandlingsformer, hvilket din forfattervirksomhed ikke lægger op til”.

Det er undertiden værd at forsøge det umulige, fordi det kan afsløre, hvad folk virkelig står for, bag den officielle facade. Det er som at røre ved edderkoppens net for at se den komme farende ud af sit skjul i bunden og afsløre sig selv. Dette var en tydelig demonstration af censur og Berufsver-

bot. Det var præcis, hvad mange psykiatere under uddannelse havde fortalt mig om; deres dybe frustrationer over, at hvis de kritiserede overdoseringen af patienterne eller den måde, psykiaterne stiller diagnoser på, ville de komme i bad standing. Afslaget lignede et ekko af et af kriterierne for at stille diagnosen skizotypi: "Mærkelige overbevisninger eller magisk tænkning, der er uforenelig med kulturelle normer". Andre synspunkter end mainstream-synspunkter var uforenelige med de kulturelle normer i Dansk Psykiatrisk Selskab.

Tre måneder senere spurgte Kristian Sloth under foreningens generalforsamling, hvorfor jeg ikke kunne blive medlem. Han fik intet meningsfuldt svar, men publikum klappede. Jeg havde sneget mig ind bagerst i salen og hørte det hele.

Tre måneder senere, da foreningen fik ny formand, ansøgte jeg igen. Jeg skrev, at der ikke blev givet nogen tilfredsstillende forklaring på generalforsamlingen om, hvorfor jeg blev nægtet medlemskab. Formanden, Gitte Ahle, svarede: ”Denne opfattelse deler vi ikke, idet der blev udtrykt tilfredshed med den mundtlige tilkendegivelse om årsagen til, at du havde fået afslag”.

Jeg forstår fuldt ud de frustrationer, psykiatriske patienter oplever. De får konstant at vide, at det, de selv har observeret, ikke er korrekt, fordi deres psykiatere ikke deler deres opfattelser. Det er ikke spor mærkeligt, at en generalforsamling, der hovedsagelig består af mennesker, der ønsker at bevare status quo, bifalder en "ingen kommentarer-forklaring" om, hvorfor jeg ikke kunne blive medlem.

Der er mange fremragende psykiatere, men de er meget få i forhold til de dårlige, og de kan ikke ændre et sygt system. I begyndelsen af 2020 bad en ung psykiater under uddannelse om hjælp på en e-mailliste for kritiske psykiatere. Han arbejdede på et hospital i London, hvor biologisk psykiatri var altdominerende, ligesom alle andre steder, men han havde også mødt kritisk sindede mennesker. Han fik det råd, at der er kritiske psykiatere overalt. En af dem, der svarede, bemærkede, at han også alvorligt havde overvejet at droppe ud af psykiatrien, men en klog ven havde sagt, at han skulle spille spillet, få sin officielle godkendelse og derefter ”afskole” sig selv. Det havde fungeret og havde givet ham den myndighed, han havde brug for til at kaste sten på etablissementet.

Da jeg udgav mine ti myter om psykiatrien, der er skadelige for patienterne, i Politiken i januar 2014, sluttede jeg min artikel således:[41]

"Psykofarmaka kan være nyttige nogle gange for nogle patienter, især ved korttidsbehandling, i de akutte situationer. Men efter mine studier på dette område er jeg nået frem til en meget ubehagelig konklusion: Vore borgere ville være langt bedre stillet, hvis vi fjernede alle psykofarmaka fra markedet, fordi lægerne ikke er i stand til at håndtere dem. Det er indiskutabelt, at deres tilgængelighed gør mere skade end gavn. Lægerne kan ikke håndtere det paradoks, at lægemidler, der kan være nyttige ved korttidsbehandling, er yderst skadelige, når de bliver brugt i årevis, og skaber de sygdomme, det var meningen, de skulle modvirke, og endnu værre sygdomme. I de kommende år bør psykiatrien derfor gøre alt, hvad den kan, for at behandle så lidt som muligt, i så kort tid som muligt, eller slet ikke, med psykofarmaka".

Jeg fik hele det danske etablissement på nakken, da jeg offentliggjorde denne artikel, og sundhedsministeren truede med, at jeg kunne blive fyret.[38] Det eneste, jeg havde gjort, var at fortælle folk sandheden. Det kan ikke tolereres, når emnet er psykiatrien, som ikke ville kunne overleve i sin nuværende form, hvis vi samlet stod imod løgnene og handlede i overensstemmelse hermed.

Uden for magtens centrum blev min artikel meget værdsat.[42] Der fulgte mange artikler, nogle skrevet af psykiatere, der var enige med mig. I over en måned gik der ikke en eneste dag uden diskussioner om disse ting i radio, TV eller aviser, og der var også debatter på psykiatriske afdelinger. Folk i Norge og Sverige takkede mig for at have startet en diskussion, det var umuligt at have hos dem, og jeg fik hundredvis af e-mails fra patienter, der bekræftede med deres egne historier, at det, jeg havde skrevet i min artikel, var sandt.

Intet ændrede sig. Måske lidt her og der, men intet væsentligt.

Patienthistorier

Her er nogle historier, som unge psykiatere og patienter har sendt til mig.

En 18-årig studerende sørgede stadig, efter at hans far havde hængt sig fem år tidligere. Efter at han blev sat på sertralin, forsøgte han at hænge sig og blev indlagt på et psykiatrisk hospital. Den indlæggende psykiater øgede

dosis af sertralin. Da en ung psykiater bemærkede, at depressionspiller øger risikoen for selvmord, svarede psykiateren, at det var de klar over, men de var nødt til at behandle depressionen, og hvis den unge mand begik selvmord uden at være på en depressionspille, ville de blive spurgt, hvorfor han ikke var blevet behandlet.

En midaldrende mand med symptomer på lungebetændelse og lavt stemningsleje blev startet på penicillin, sertralin og et beroligende middel af sin egen læge. Da patienten begyndte at svede voldsomt og udviklede psykose med mani, blev han indlagt på et psykiatrisk hospital med feber. Den indlæggende psykiater mente, at han havde polymorf skizofreni, stoppede sertralin og startede olanzapin og et nyt beroligende middel. Ved udskrivelsen var diagnosen dissociativ trancetilstand. Da en ung psykiater spurgte, om psykosen kunne skyldes sertralin, fik han svaret: ”Jeg har aldrig set nogen med en psykose, der skyldes antidepressiva”. Denne mangel på logik dræber patienter. Hvis folk, der kommer hjem fra Afrika med feber, ikke bliver undersøgt for malaria, fordi den indlæggende læge aldrig har set nogen med malaria, vil nogle dø. Jeg var i denne situation som ung efter en ekspedition i Kenya.[25] Selvom jeg var meget syg med typiske malariasymptomer, fandt to vagtlæger, der besøgte mig i min lejlighed på forskellige dage, det ikke fornødent at undersøge mit blod for malaria. Jeg boede alene og var heldig, at jeg overlevede uden at få den behandling, jeg havde brug for.

Hundredvis af mennesker har sendt mig de mest utrolige historier fra deres liv. Nogle har takket mig for at have reddet deres liv eller deres ægtefælles, søns eller datters liv, f.eks.: ”Det var din bog (Dødbringende psykiatri og organiseret fornægtelse), der gav os modet til at trappe vores søn ud af antipsykotika for fire år siden, mindre end fem måneder efter, han startede”. Senere mødtes jeg med denne far, der nu er meget aktiv i udtrapningsfællesskabet i Israel.

En anden patient, som takkede mig for at have reddet hendes liv, skrev, at hvis hun ikke havde læst mine bøger og lært, at der er noget, der hedder udtrapning, ville hun have troet, at hun var blevet sindssyg. Efter ti år på duloxetin gennemgik hun en treårig udtrapning, der var meget hård og vanskelig.

En patient skrev: Jeg har brugt depressionspiller i fem år på grund af social angst. De gjorde mit liv rodet. Tingene er nu meget værre på alle

niveauer af mit liv. Pillerne har ændret min personlighed til at være vred og respektløs. Jeg er mere "modig", men det er ikke mig. Jeg ville aldrig have startet på dem, hvis jeg havde vidst, hvad der ville ske; jeg har også mistet mange venner. Tak for din bog; jeg er meget glad for, at nogen siger, hvordan tingene er. Verden er bare så sindssyg. Jeg har mistet min tillid til psykiatrien, medicinalfirmaerne og lægerne. Jeg ville bare fortælle dig, at folk bliver mere opmærksomme på denne galskab. I vores SSRI-udtrapningsgruppe stiger antallet af medlemmer hele tiden.

En familielæge brugte depressionspiller som en diagnostisk test: Hvis de virker, har du en depression, og hvis ikke, har du ikke en depression. En anden familielæge besvarede et spørgsmål om, hvordan man stopper med en depressionspille: ”Du kan bare stoppe!”.

En patient fik at vide af sin psykiater, at depressionspiller var som at lægge gips på et brækket ben. Hun forsøgte forgæves at trappe ud to gange og fik at vide, at hun havde en kemisk ubalance og havde brug for medicinen resten af sit liv, og hendes psykiater satte endda dosis op. En vikar for hendes egen læge reddede hende. Han sagde, at pillerne var djævelskab, som gjorde hende syg, og han hjalp hende med at trappe ud. Hun ønsker nu hjælpe andre, fordi hun arbejder som jobkonsulent med arbejdsløse, hvoraf mange hænger fast på pillerne på grund af stress og angst.

En far blev nægtet forældremyndigheden over sine børn, fordi han afslog at tage psykofarmaka. Talrige andre personer har fortalt mig, hvor dårligt de blev behandlet af psykiatrien, undertiden med nedsættende kommentarer i patientjournalen om deres personlighed, når de forsøgte at undgå, at deres barn blev behandlet med neuroleptika.

En patient skrev til mig, at en test viste, at hun havde en IQ på 70, mens hun var dopet.

En anden skrev, at hendes psykiater havde fortalt hende, at hun havde en uhelbredelig genetisk sygdom og havde brug for neuroleptika resten af sit liv. Da hun havde trappet medicinen ud, sagde hendes psykiater, at hun ville få en ny psykotisk episode. Da hun havde klaget over, at hun ikke længere kunne koncentrere sig, sov meget og troede, at medicinen påvirkede hendes hukommelse, så det var svært at studere, var svaret, at problemet ikke var medicinen, men at hun havde mistet neuroner på grund af psykosen, og at hendes hjerne ikke længere var den samme. Så hun var nødt til at tage antipsykotika på ubestemt tid for at beskytte sin hjerne mod at miste flere

neuroner; ellers ville hun blive dement. Da patienten sagde, at hun ikke ville tage medicinen resten af sit liv, svarede psykiateren, at hun så ikke ville se hende igen, fordi hun kun arbejdede med patienter, der ønskede at blive behandlet. ”Ziprasidon-udtrapningen var et helvede. Jeg kastede op og kunne ikke sove i flere nætter, indtil min krop tilpassede sig. Jeg fortalte min far, at jeg var stoppet, og han ville tvinge mig til at genoptage medicinen og truede med at sende mig til et psykiatrisk hospital, hvis jeg ikke fulgte lægens anvisninger. Han spurgte mig: ”Ønsker du at blive fastspændt i et galehus?”. Så jeg løj for ham og sagde, at jeg gik tilbage på medicinen. Uanset hvad så har jeg det godt nu; de mennesker, jeg bor sammen med, er enige i og støtter op om min beslutning; og den nye terapeut accepterer den også. Tak for, at du har læst lidt af min historie”.

En anden patient skrev: ”Psykoanalytikeren sagde, at jeg var nødt til at stole på lægen, og lægen sagde, at jeg skulle være på medicin resten af mit liv, men jeg stoppede al medicin i cirka 8 uger, og jeg kunne ikke føle mig bedre tilpas. Jeg er ikke længere en zombie, jeg er tilbage til at lytte på musik, grine, synge i brusebadet, mærke livet og have seksuelle fornøjelser. Jeg er tilbage til at være mig selv. Jeg fortalte lægen, at medicinen forhindrede mig i at få orgasme, og hun spurgte med disse ord: ”Hvad foretrækker du, ikke at få orgasmer eller at blive gal?”. Da indså jeg, at der var noget galt, fordi jeg ikke ønsker at leve som kemisk kastreret, hvis jeg går livet igennem med en lobotomi [det hvide snit]”. Denne patient var blevet seksuelt misbrugt som barn.

En patient skrev, at han tog fluoxetin i ti år, hvilket ændrede hans personlighed, og han mistede næsten alle sine venner. Han gennemgik en frygtelig udtrapning uden hjælp, hvor han ikke engang kunne komme ud af sengen. Hans læge fortalte ham, at psykofarmaka var af vital betydning for ham, som insulin til en patient med diabetes, og han startede på medicinen igen, men tålte den dårligt. Derefter sagde hans psykiater, at hans bivirkninger sandsynligvis var forårsaget af hans depression, og han ville have, at han prøvede en anden medicin. Denne patient havde overværet en af mine forelæsninger i Stockholm og vidste, at jeg havde en liste over personer, der kunne hjælpe ham med at trappe ud, og det var derfor, han skrev til mig.

Her er min sidste patienthistorie, som fortalt af ham selv og hans mor, og som så tragisk opsummerer, hvad der er galt med psykiatrien.

David Stofkooper, en ung hollænder, afsluttede sit liv i januar 2020, kun 23 år gammel. Han havde et blomstrende socialt liv, var en livlig, meget intelligent studerende med mange venner, nød at socialisere sig og elskede at lytte til musik. Siden han var 17 år gammel, kunne han ruge en hel del over tingene, med gentagne tanker; ikke konstant, og han havde stadig et sjovt liv. Men han begik en dødelig fejl. Han konsulterede en psykiater og blev sat på sertralin, i oktober 2017. Inden for to uger blev han selvmordstruet. Psykiateren øgede dosis, og det blev værre. Han blev zombificeret, uden libido og uden følelser; hele hans personlighed var forsvundet.

Hans mor ringede til hans psykiater og sagde, at dette bestemt ikke fungerede, men hun blev skåret af og fik at vide, at hun ikke kunne ringe af hensyn til hendes søns privatliv. Hendes indgriben var der imidlertid hårdt brug for, da David ikke længere lagde mærke til, hvad der foregik; han havde mistet sig selv helt. Han fortalte sin psykiater, at han var meget selvmordstruet, men psykiateren sagde, at han var nødt til at vente noget længere, så det troede han på.

Efter fem måneder fik han en ny psykiater, der bad ham om at stoppe med sertralin, da det åbenbart ikke virkede, kold tyrker, på kun to uger. Først fik han en daglang mani og ringede til sin mor og fortalte hende, at han ikke havde haft det så fantastisk før. Derefter fik han frygtelige abstinenssymptomer, hvor han ikke kunne sove.

Dette fortsatte i månedsvis og blev ikke bedre, og tomheden tog mere og mere over. I de første måneder med abstinenssymptomer fortalte han sin psykiater, hvordan han havde det, men hun troede ikke på ham. Hun fortalte ham, at det ikke skyldtes medicinen, idet den var ude af hans system. Hun sagde, at det sandsynligvis var hans obsessiv-kompulsive lidelse, der skabte alle problemerne.

David skrev i et selvmordsnotat, at "Du præsenterer dem for et problem, der er skabt af den behandling, du fik fra dem, og som reaktion får du selv skylden".

Hans liv var stoppet. Han kunne ikke glæde sig over noget som helst. Selv let underholdning som spil, noget han altid havde nydt, gav ham intet. Alt var gråt. Selvom han ikke følte noget ved at møde piger længere, var hans manglende libido og rejsningsproblemer ikke engang det værste: ”Den totale udslettelse af enhver fornøjelse i livet, som om jeg er blevet frataget al min dopamin, er livsforkrøblende”.

Han indså, at han var dømt til at forblive i denne tilstand for evigt og så ingen anden mulighed end selvmord. Han var meget rationel med hensyn til denne beslutning. Det var en slags dødshjælp til sig selv, hvilket hans forældre, begge læger, forstod.

Afstumpningen af hans følelser var dødelig. Han følte sig ikke følelsesmæssigt forbundet med andre mennesker, var ikke i stand til at føle glæde ved noget, ikke engang musik. Hele hans personlighed var blevet udslettet, og han følte, at han allerede var død og ikke menneskelig mere, en tom skal. Det sidste år af sit liv sagde han ofte, at han desperat ønskede at leve, men ikke som en slags lobotomeret zombie. David havde aldrig haft søvnproblemer, før han startede på sertralin, men stoffet forårsagede svær søvnløshed, der varede ved til den dag, hvor han dræbte sig selv.

David ønskede, at hans historie skulle fortælles som advarsel for andre. Både han og hans mor havde læst min bog,[38] men desværre var der intet at gøre. Hvis han havde læst den, før han blev sat på sertralin, kunne han have afslået at tage det stof, der dræbte ham.

Jeg har hørt lignende selvmordsfortællinger, også fra Danmark, hvor ikke kun sexlivet fortsatte med at være ødelagt, men hvor patienterne også oplevede svær anhedoni, følelsesfladhed, hukommelsesproblemer og kognitiv dysfunktion, som nogle af dem beskrev som en kemisk lobotomi. Patienter, der er kommet af med neuroleptika, har også undertiden klaget over vedvarende seksuel dysfunktion, hvilket kan hænge sammen med, at de ikke var i stand til at have noget sexliv, mens de var på medicinen, eller at de var på depressionspiller samtidig. Der er stadig meget, vi ikke ved om vedvarende skader hos patienterne efter udtrapningen.

Hvis folk, der ikke er psykiatere - for eksempel læger, der ikke bruger psykofarmaka, sygeplejersker, farmaceuter, psykologer, socialarbejdere og folk uden formel uddannelse, men som tager sig af andre mennesker - overtog hele den psykiatriske virksomhed i morgen, ville det være et enormt fremskridt.

Der er intet håb for psykiatrien, der er degenereret så meget, så længe, og er så skadelig, at den skal stoppes. Det er meget bedre for os ikke at have en psykiatri overhovedet end at have den, vi har, eller noget, der bare minder om den.

Vi er nødt til at handle kollektivt. Det er vores eneste chance. Hvis en arbejdstager strejker på grund af umenneskelige arbejdsforhold, er chefen ligeglad, men fyrer bare personen. Hvis alle strejker, er chefen derimod nødt til at forhandle.

Alle er nødt til at "gå i strejke" i forhold til psykiatrien. Det er derfor, jeg har skrevet denne bog. Mennesker kan acceptere næsten alt, hvis de vænner sig til det, uanset hvor forfærdeligt, uretfærdigt og uetisk det er, og få vil protestere imod et sygt system, fordi det kan være ubehageligt eller endda farligt for dem. Derfor har vi haft slaveri som en officielt accepteret norm i tusinder af år. Det er også sådan, nazisterne kom til magten i Tyskland og beholdt den; folk var bange for at protestere, fordi nazisterne myrdede deres fjender lige fra starten. Kun to måneder efter at præsident Paul von Hindenburg gjorde Adolf Hitler til kansler for Tyskland den 30. januar 1933 åbnede Hitler den første koncentrationslejr i Dachau, uden for München.

Kan du nævne bare én indflydelsesrig politiker, psykiater, psykolog eller patientadvokat, der har løbet en stor personlig risiko ved at kritisere psykiatrien? Måske kan du nævne en eller to. Jeg kan nævne ganske mange, men det er fordi, jeg er med i modstandsbevægelsen, ligesom min morfar var det under den nazistiske besættelse af Danmark.[25] Min morfar overlevede på trods af, at han blev taget af Gestapo og dømt til at komme i koncentrationslejr. Han reddede mange jøder; jeg vil gerne redde så mange psykiatriske patienter, jeg kan. Historien betyder meget for mig. Hvis psykiaterne ikke havde glemt deres historie, ville vi måske have haft en bedre psykiatri i dag, men de gentager de samme fejl, som de har gentaget i over 150 år. Da Margrethe Nielsen trak mig ind i psykiatrisk forskning i 2007, var det med dette forslag: "Gentager historien sig selv?". Hun sammenlignede benzodiazepiner med SSRI og påviste, at det gør den i høj grad (se kapitel 4).

Jeg har følgende forslag.

1 Nedlæg psykiatri som medicinsk speciale. I et evidensbaseret sundhedsvæsen bruger vi ikke interventioner, der gør mere skade end gavn, hvilket er, hvad psykiatrien gør. Lad psykologer, der er imod at bruge psykofarmaka, lede de psykiatriske afdelinger i overgangsperioden og giv dem det ultimative ansvar for patienterne.

2 Psykiatere skal genuddannes, så de kan fungere som psykologer. De, der ikke er villige til at gøre dette, skal finde sig et andet job eller gå tidligt på pension.

3 Fokus skal være på at få patienterne ud af psykofarmaka, da de er skadelige i det lange løb, og da langt de fleste patienter er i langtidsbehandling. Kurser om udtrapning af medikamenter bør være obligatoriske for alle, der arbejder med mentale sundhedspatienter, og alle patienter skal have forklaret, hvorfor de sandsynligvis vil få et bedre liv uden medicin.

4 Oprettelse af en 24-timers landsdækkende telefonlinje og tilhørende hjemmeside, der kan give råd og støtte til dem, der er skadet af ordineret lægemiddelafhængighed og udtrapning.

5 Producer udtrapningsstrimler og andre hjælpemidler, der kan hjælpe patienterne med at trappe ud af deres medicin uden omkostninger for patienterne.

6 Sig undskyld. Det betyder meget for misbrugsofre at få en undskyldning. Regeringerne skal forlange af psykiaterforeninger, at de ubetinget undskylder overfor offentligheden for den enorme skade, de har påført mentale sundhedspatienter ved systematisk at lyve over for dem, f.eks. om den kemiske ubalance, og ved at fortælle dem, at psykofarmaka beskytter mod selvmord eller hjerneskade. Hvis organisationerne ikke er villige til at gøre dette, skal regeringerne gøre det for dem og opløse organisationerne, fordi de er skadelige for samfundet.

7 Stop med at bruge ord som psykiatri, psykiater, psykiatrisk lidelse, psykiatriske behandlinger og psykofarmaka, da de stigmatiserer, og da patienter og offentligheden forbinder dem med dårlige resultater.[40,43] Skab en anden fortælling og brug udtryk som mental sundhed.

8 Overlad mentale sundhedsproblemer til psykologer og andre plejeprofessioner, da det, patienterne har brug for mere end noget andet, er psykoterapi, empati, omsorg og andre psykosociale interventioner.

9 Kassér psykiatriske diagnosesystemer som DSM-5 og ICD-11 helt og fokuser på patienternes vigtigste problemer. Psykiatriske diagnoser er så uspecifikke og uvidenskabelige, at stort set hele befolkningen kunne få mindst én, og de passer ikke til de problemer, patienterne har, men fører ofte til yderligere diagnoser og mere skade for psykiatriske ”karriere”-patienter.

10 Gør tvangsbehandling ulovlig. Al behandling af mentale sundhedsproblemer skal være frivillig. Tvangsbehandling gør langt mere skade end gavn,[38,44,45] og er diskriminerende.

11 Gør psykofarmaka tilgængelige kun til brug under strengt kontrollerede omstændigheder:

a) mens patienterne trapper ud af dem; eller
b) i sjældne tilfælde, hvor det er umuligt at trappe ud, fordi de har forårsaget permanent hjerneskade, f.eks. tardiv dyskinesi; eller
c) i andre tilfælde, hvor deres manglende tilgængelighed ville gøre mere skade end gavn, f.eks. skal man kunne bruge benzodiazepiner til alkoholisk delir, og de kan også bruges som beroligende midler under operationer og andre invasive procedurer, f.eks. koloskopi, der kan være ekstremt smertefuldt.

12 Gør det ulovligt at bruge medicin til psykiske problemer, der er godkendt til ikke-psykiatrisk brug, f.eks. antiepileptika, da dette er skadeligt.

13 Ingen, der arbejder med mentale sundhedspatienter, må have økonomiske interessekonflikter i relation til producenter af psykoaktive stoffer eller andre behandlinger, f.eks. udstyr til elektrochok.

14 Alle regler om behovet for en psykiatrisk diagnose for at få sociale ydelser eller økonomisk støtte til skoler skal fjernes, da de skaber et incitament til at klæbe psykiatriske diagnoser til mennesker i stedet for at hjælpe dem, hvilket ville indebære andre indgreb end lægemidler.

15 Alle: Gør hvad du kan for at ændre psykiatriens vildledende fortælling. Tal om depressionspiller, beroligende midler, speed på recept osv.

Videoer af foredrag og interviews

Hvis du er interesseret i at se nogle af de foredrag, jeg har holdt, eller interviews, jeg har givet, har jeg gjort det let for dig ved at opliste de mest sete på YouTube:

Titel (forkortet)	Længde	Besøg	Link
Big pharma is organized crime	7:42	381	https://bit.ly/2XcHMAz
La industria farmacéutica es crimen organizado	7:42	108	https://bit.ly/3aTWBfD
Deadly Medicines and Organised Crime	54:05	64	https://bit.ly/2JADhrF
Farmaceutska industrija je organizovan kriminal	7:41	56	https://bit.ly/3bUYfh3
Crimes in the drug industry and the lies in psychiatry	15:44	53	https://bit.ly/39JSD7L
Overdiagnosed & overmedicated	1:32:46	42	https://bit.ly/2yrxfHk
Sygdomme opfindes for at sælge medicinen	54:55	38	https://bit.ly/39EgqGh
Psychiatry has gone astray	6:19	34	https://bit.ly/2V16HV5
Los 10 mitos de la Salud Mental	53:10	28	https://bit.ly/2JCYnFV
Screening for breast and prostate cancer	7:52	25	https://bit.ly/2wizL28
Discussion, Gøtzsche & Whitaker, psychiatric epidemic	45:46	22	https://bit.ly/347xumS
Psychiatric drugs, few benefit, many are harmed	58:23	20	https://bit.ly/3dSgSUw
Psychiatric drugs, few benefit, many are harmed	49:17	18	https://bit.ly/2Xb3iWm
Medicamentos letais e crime organizado	54:05	18	https://bit.ly/3aIQDxV
Forced Psychiatric Treatment Must be Abolished	1:50:06	18	https://bit.ly/2JFXv32
Psicofármacos que matan	7:01	16	https://bit.ly/348ASxC
Psicofármacos	1:03:11	16	https://bit.ly/2V4AHzt
La psiquiatría se hunde	6:19	14	https://bit.ly/3aJOJ03
Psychiatric drugs do more harm than good	2:10:41	12	https://bit.ly/39FrdQw
Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse	1:06:56	12	https://bit.ly/3aUfZsw
Prescription drugs are the third leading cause of death	18:06	10	https://bit.ly/3dWp3z1
Survival of a whistleblower	49:42	10	https://bit.ly/3dWXZQc
On the wrong track, psychiatric epidemic	53:22	10	https://bit.ly/2wSLNQ8

Om forfatteren

Professor Peter C. Gøtzsche blev cand.scient. i biologi og kemi i 1974 og cand.med. i 1984. Han er speciallæge i intern medicin; arbejdede i medicinal-industrien 1975-1983 og på københavnske hospitaler 1984-95. Sammen med omkring 80 andre og initiativtageren, Sir Iain Chalmers, var han var med til at grundlægge Cochrane-samarbejdet i 1993 og oprettede det Nordiske Cochrane Center samme år. Blev professor i Klinisk Forsøgsdesign og Analyse ved Københavns Universitet i 2010 og har været medlem af den internationale Cochrane-bestyrelse to gange. Arbejder nu som uafhængig konsulent. Blev Visiting Professor, lnstitute of Health & Society, Newcastle University 2019. Grundlagde Institute for Scientific Freedom i 2019.

Gøtzsche har publiceret over 75 artikler i "de fem store" (*BMJ, Lancet, JAMA, Annals of Internal Medicine* og *New England Journal of Medicine)*, og hans videnskabelige arbejder er citeret omkring 50.000 gange.

Gøtzsches seneste bøger:

- Vaccines: truth, lies and controversy. Copenhagen: People's Press; 2020.
- Vacciner: sandhed, løgn og kontroverser. København: People's Press; 2020.
-Survival in an overmedicated world: look up the evidence yourself. Copenhagen: People's Press; 2019.
- Overlevelse i en overmedicineret verden: Find selv evidensen. People's Press; 2018.
- Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019.
- Deadly psychiatry and organised denial. Copenhagen: People's Press; 2015.
- Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse. København: People's Press; 2015.
- Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted health care. London: Radcliffe Publishing; 2013.
- Dødelig medicin og organiseret kriminalitet: Hvordan medicinalindustrien har korrumperet sundhedsvæsenet. København: People's Press; 2013.
- Mammography screening: truth, lies and controversy. London: Radcliffe Publishing; 2012.

Gøtzsche er interesseret i statistik og forskningsmetodologi. Han er medforfatter til flere retningslinjer for god rapportering af forskning: CONSORT for randomiserede forsøg (www.consort-statement.org), STROBE for observationelle studier (www.strobe-statement.org), PRISMA for systematiske oversigter og metaanalyser (www.prisma-statement.org), og SPIRIT for forsøgsprotokoller (www.spirit-statement.org). Han var redaktør i Cochrane Methodology Review Group 1997-2014.

Gøtzsche har givet talrige interviews, hvoraf et om organiseret kriminalitet i medicinalindustrien er set næsten 400.000 gange på YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=dozpAshvtsA. Gøtzsche var i The Daily Show i New York den 16. september 2014 hvor han spillede rollen som Deep Throat, der afslørende hemmeligheder om medicinalindustrien. En dokumentarfilm om hans reformarbejde i psykiatrien, Diagnosing Psychiatry, udkom i 2017.

Gøtzsche er Protektor for Stemmehørernetværket i Danmark.

Hjemmesider: deadlymedicines.dk og scientificfreedom.dk.

Referencer

Kapitel 1. Denne bog kan måske redde dit liv

1 Gøtzsche PC. Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse. København: People's Press; 2015.

2 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aus 1997;166:182-6.

3 Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. BMJ 1996;313:858-9.

4 Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. Br J Psychiatry 1998;173:519-22.

5 Read J, Timimi S, Bracken P, Brown M, Gøtzsche P, Gordon P, et al. Why did official accounts of antidepressant withdrawal symptoms differ so much from research findings and patients' experiences? Ethical Hum Psychol Psychiatry (submitted).

6 Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. Psychological Medicine 2005;35:1205-13.

7 McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-ana-lytic review. J Clin Psychiatry 2013;74:595-602.

8 Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of adult depression in the United States. JAMA Intern Med 2016;176:1482-91.

9 Breggin P. The most dangerous thing you will ever do. Mad in America 2020; March 2. https://www.madinamerica.com/2020/03/dangerous-thing-psychiatrist/.

10 Gøtzsche PC. Psykiatri på afveje. Politikens kronik 2014; Jan 6.

11 Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.

12 Breggin PR. Intoxication anosognopia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. Ethical Hum Psychol Psychiatry 2006;8:201-15.

13 Gøtzsche P. Surviving psychiatry: a typical case of serious psychiatric drug harms. Mad in America 2020; Jan 7. https://www.madinamerica.com/2020/01/surviving-psychiatry-typical-case-serious-psychiatric-drug-harms/.

14 Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. J R Soc Med 2016;109:381-92.

15 Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. CMAJ 2017;189:E194-203.
16 Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. Psychother Psychosom 2019;88:247-8.
17 Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: "Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl's Re-Ana-lysis." Psychother Psychosom 2019;88:373-4.
18 FDA package insert for Effexor. Accessed 4 Jan 2020. https://www.accessdata.fda. gov/drugsatfda_docs/label/2008/020151s051lbl.pdf.
19 FDA package insert for Neurontin. Accessed 4 Jan 2020. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/020235s064_020882s047_021129s046lbl.pdf
20 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. Lancet Psychiatry 2019;6:538-46.
21 Davidsen AS, Jürgens G, Nielsen RE. Farmakologisk behandling af unipolar depression hos voksne i almen praksis. Rationel Farmakoterapi 2019; Nov.
22 Gøtzsche PC. Overlevelse i en overmedicineret verden: Find selv evidensen. København; People's Press; 2018.
23 Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. Int J Risk Saf Med 2020;31:53-65.
24 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.

Kapitel 2. Er psykiatrien evidensbaseret?

1 Whitaker R. Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill. Cambridge: Perseus Books Group; 2002.
2 Healy D. Let them eat Prozac. New York: New York University Press; 2004.
3 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
4 Gøtzsche PC. Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse. København: People's Press; 2015.
5 Medawar C. The antidepressant web - marketing depression and making medicines work. Int J Risk & Saf Med 1997;10:75-126.
6 Caplan PJ. They say you're crazy: how the world's most powerful psychiatrists decide who's normal. Jackson: Da Capo Press; 1995.
7 Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.

8 Kirsch I. The Emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth. New York: Basic Books; 2009.
9 Moncrieff J. The bitterest pills. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013.
10 Davies J, ed. The sedated society. London: Palgrave Macmillan; 2017.
11 McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
12 Sharfstein S. Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad and the ugly. Psychiatric News 2005;40:3.
13 Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, et al. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. Br J Psychiatry 2011;199:367–72.
14 Read J, Haslam N, Magliano L. Prejudice, stigma and "schizophrenia:" the role of bio-genetic ideology. In: Models of Madness. (John Read and JacquiDillon, eds.). London: Routledge, 2013.
15 Read J, Haslam N, Sayce L, et al. Prejudice and schizophrenia: a review of the "mental illness is an illness like any other" approach. Acta Psychiatr Scand 2006;114:303-18.
16 Kvaale EP, Haslam N, Gottdiener WH. The 'side effects' of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. Clin Psychol Rev 2013;33:782–94.
17 Lebowitz MS, Ahn WK. Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. Proc Natl Acad Sci USA 2014;111:17786-90.
18 Davies J. Cracked: why psychiatry is doing more harm than good. London: Icon Books; 2013.
19 Kirk SA, Kutchins H. The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry. New York: Aldine de Gruyter; 1992.
20 Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. Arch Gen Psychiatry 1992;49:630-6.
21 Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Symptoms Checklist from WHO Composite International Diagnostic Interview; 2003.
22 Pedersen AT. En psykiatrisk diagnose hænger ved resten af livet. PsykiatriAvisen 2019; Jan 18. https://www.psykiatriavisen.dk/2019/01/18/en-psykiatrisk-diagnose-haenger-ved-resten-af-livet/.
23 Frandsen P. Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet. Odense: Mellemgaard; 2019.
24 Pedersen AT. Diagnosing Psychiatry. https://vimeo.com/ondemand/diagnosingpsychiatry.
25 Breggin P. The most dangerous thing you will ever do. Mad in America 2020; March 2. https://www.madinamerica.com/2020/03/dangerous-thing-psychiatrist/.

26 Biederman J, Faraone S, Mick E, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:997-1008.
27 Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. Arch Gen Psychiatry 2007;64:1032-9.
28 Gøtzsche PC. Psychopharmacology is not evidence-based medicine. In: James D (ed.). The sedated society. The causes and harms of our psychiatric drug epidemic. London: Palgrave Macmillan; 2017.
29 Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull 2012;38:661-71.
30 Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. Schizophr Bull 2008;34:193-9.
31 Kingdon D, Sharma T, Hart D and the Schizophrenia Subgroup of the Royal College of Psychiatrists' Changing Mind Campaign. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? Psychiatric Bulletin 2004;28:401-6.
32 Demasi M, Gøtzsche PC. Presentation of benefits and harms of antidepressants on websites: cross sectional study. Int J Risk Saf Med 2020;31:53-65.
33 Kessing L, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. Psychological Medicine 2005;35:1205-13.
34 Christensen AS. DR2 undersøger Danmark på piller. 2013; Mar 20. https://www.dr.dk/presse/dr2-undersoeger-danmark-paa-piller.
35 Ditzel EE. Psykiatri-professor om DR-historier: "Skræmmekampagne der kan koste liv." Journalisten 2013; Apr 11. https://journalisten.dk/psykiatri-professor-om-dr-historier-skraemmekampagne-der-kan-koste-liv/.
36 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People's Press; 2019.
37 Sterll B. Den psykiatriske epidemi. Psykolognyt 2013;20:8-11.
38 Gøtzsche PC. Psykiatri på afveje. Politiken 2014; Jan 6.
39 Rasmussen LI. Industriens markedsføring er meget, meget effektiv. Den har fået lægerne til at tro på, at eksempelvis antidepressiva er effektive lægemidler. Det er de overhovedet ikke. Politiken 2015; Aug 30:PS 8-9.
40 Schultz J. Peter Gøtzsche melder psykiater til Lægeetisk Nævn. Dagens Medicin 2015; Oct 2. http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/psykiatri/gotzsche-melder-psykiater-til-lageetisk-navn/.

41 Psykiatrifonden. Depression er en folkesygdom - især for kvinder. 2017; Jan 31. http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/depression/depression-er-en-folkesygdom.aspx.
42 Kessing LV. Depression, hvordan virker medicin. Patienthåndbogen 2015; July 5. https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/laegemidler/depression-hvordan-virker-medicin/.
43 Videbech P. SSRI, antidepressivum. Patienthåndbogen 2015; July 23. https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/laegemidler/ssri-antidepressivum/.
44 Scheuer SR. Studerende: Antidepressiv medicin er ikke løsningen på sjælelige problemer. Kristeligt Dagblad 2018; Mar 19.
45 Christensen DC. Kære Luise: en beretning om magt og afmagt i psykiatrien. København: Løfbergs Forlag; 2011.
46 Angoa-Pérez M, Kane MJ, Briggs DI. et al. Mice genetically depleted of brain sero-tonin do not display a depression-like behavioral phenotype. ACS Chem Neurosci 2014;5:908-19.
47 Hindmarch I. Expanding the horizons of depression: beyond the monoamine hypothesis. Hum Psychopharmacol 2001;16:203-218.
48 Castrén E. Is mood chemistry? Nat Rev Neurosci 2005;6:241-6.
49 Gøtzsche PC, Dinnage O. What have antidepressants been tested for? A systematic review. Int J Risk Saf Med 2020 (in press).
50 Hyman SE, Nestler EJ. Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psy-chotropic drug action. Am J Psychiatry 1996;153:151-62.
51 Gøtzsche PC. Dødelig medicin og organiseret kriminalitet: Hvordan medicinal-industrien har korrumperet sundhedsvæsenet. København: People's Press; 2013.
52 Moncrieff J, Cohen D. Do antidepressants cure or create abnormal brain states? PLoS Med 2006;3:e240.
53 Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiat 1960;23:56-62.
54 Gøtzsche PC. Overlevelse i en overmedicineret verden: Find selv evidensen. People’s Press; 2018.
55 Sharma T, Guski LS, Freund N, Gøtzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ 2016;352:i65.
56 Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012.
57 Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addict Behav 2019;97:111-21.

58 Danborg PB, Gøtzsche PC. Benefits and harms of antipsychotic drugs in drug-naïve patients with psychosis: A systematic review. Int J Risk Saf Med 2019;30:193-201.
59 Francey SM, O'Donoghue B, Nelson B, Graham J, Baldwin L, Yuen HP, et al. Psychosocial intervention with or without antipsychotic medication for first episode psychosis: a randomized noninferiority clinical trial. Schizophr Bull Open 2020; Mar 20. https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa015.
60 Bola J, Kao D, Soydan H, et al. Antipsychotic medication for early episode schizo-phrenia. Cochrane Database Syst Rev 2011;6:CD006374.
61 Demasi M. Cochrane – A sinking ship? BMJ 2018; 16 Sept.https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2018/09/16/cochrane-a-sinking-ship/.
62 Leucht S, Tardy M, Komossa K, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2012;379:2063-71.
63 Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2013;70:913-20.
64 Hui CLM, Honer WG, Lee EHM, Chang WC, Chan SKW, Chen ESM, et al. Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial. Lancet Psychiatry 2018;5:432-42.
65 Chen EY, Hui CL, Lam MM, Chiu CP, Law CW, Chung DW, et al. Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomised controlled trial. BMJ 2010;341:c4024.
66 Whitaker R. Lure of riches fuels testing. Boston Globe 1998; Nov 17.
67 Cole JO. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia; effectiveness: the National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Col-laborative Study Group. Arch Gen Psychiatry 1964;10:246-61.
68 Leucht S, Kane JM, Etschel E, et al. Linking the PANSS, BPRS, and CGI: clinical implications. Neuropsychopharmacology 2006;31:2318-25.
69 Khin NA, Chen YF, Yang Y, et al. Exploratory analyses of efficacy data from schizophrenia trials in support of new drug applications submitted to the US Food and Drug Administration. J Clin Psychiatry 2012;73:856–64.
70 Leucht S, Fennema H, Engel R, et al. What does the HAMD mean? J Affect Disord 2013;148:243-8.
71 Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. BMC Psychiatry 2017;17:58.

72 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet 2016;388:881-90.
73 Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med 2008;5:e45.
74 Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA 2010;303:47-53.
75 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. J R Soc Med 2017;110:404-10.
76 Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebos versus antidepressants for depression. Cochrane Database Syst Rev 2004;1:CD003012.
77 Moncrieff J. The myth of the chemical cure. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2008.
78 Michelson D, Fava M, Amsterdam J, et al. Interruption of selective serotonin reuptake inhibitor treatment. Double-blind, placebo-controlled trial. Br J Psychiatry 2000;176:363-8.
79 Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, et al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomised clinical trial. Biol Psychiatry 1998;44:77-87.
80 Breggin P. Medication madness. New York: St. Martin's Griffin; 2008.
81 Hughes S, Cohen D, Jaggi R. Differences in reporting serious adverse events in industry sponsored clinical trial registries and journal articles on antidepressant and antipsychotic drugs: a cross-sectional study. BMJ Open 2014;4:e005535.
82 Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. JAMA 2005;294:1934–43.
83 FDA. Alert for Healthcare Professionals: Risperidone (marketed as Risperdal). 2006; Sept https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm152291.htm. Link inactive, as the issue has been described in the risperidone package insert: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/020272s056,020588s044,021346s033,021444s03lbl.pdf.
84 Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2017;4:295-301.
85 Gøtzsche PC. Psychiatry ignores an elephant in the room. Mad in America 2017; Sept 21. https://www.madinamerica.com/2017/09/psychiatry-ignores-elephant-room/.

86 Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. Am J Psychiatry 2012;169:374-80.
87 Melle I, Olav Johannesen J, Haahr UH, et al. Causes and predictors of premature death in first-episode schizophrenia spectrum disorders. World Psychiatry 2017;16:217-8.
88 Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, et al. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2017;74:694-702.
89 Hjorthøj CR, Madsen T, Agerbo E et al. Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:1357–65.
90 Large MM, Ryan CJ. Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:1353–5.
91 Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997;171:502-8.
92 Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. Schizophr Res 2017;182:42-8.
93 Forskningsrådet. Tilgjengeliggjøring av forskningsdata. 2017; Dec. ISBN 978-82-12-03653-6.
94 Gøtzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? BMJ 2015;350:h2435.
95 Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2012;11:CD006391.
96 Coupland C, Dhiman P, Morriss R, et al. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. BMJ 2011;343:d4551.
97 Bielefeldt AØ, Danborg PB, Gøtzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. J R Soc Med 2016;109:381-92.
98 Maund E, Guski LS, Gøtzsche PC. Considering benefits and harms of duloxetine for treatment of stress urinary incontinence: a meta-analysis of clinical study reports. CMAJ 2017;189:E194-203.
99 Hengartner MP, Plöderl M. Newer-generation antidepressants and suicide risk in randomized controlled trials: a re-analysis of the FDA database. Psychother Psychosom 2019;88:247-8.
100 Hengartner MP, Plöderl M. Reply to the Letter to the Editor: "Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk: Thoughts on Hengartner and Plöderl's Re-Analysis." Psychother Psychosom 2019;88:373-4.

101 Le Noury J, Nardo JM, Healy D, Jureidini J, Raven M, Tufanaru C, Abi-Jaoude E. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. BMJ 2015;351:h4320.
102 Lars Kessing i Aftenshowet. DR1 2013; Apr 15.
103 Klein DF. The flawed basis for FDA post-marketing safety decisions: the example of anti-depressants and children. Neuropsychopharmacology 2006;31:689–99.
104 Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, et al. Rintelmann J. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1031-7.
105 Eli Lilly and Company. Protocol B1Y-MC-X065. Clinical study main report: Fluoxetine versus placebo in the acute treatment of major depressive disorder in children and adolescents. 2000; Aug 8.
106 Jureidini JN, Doecke CJ, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. BMJ 2004;328:879-83.
107 Laughren TP. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC). 2006; Nov 16. www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/ briefing/2006-4272b1-01-FDA.pdf.
108 Vanderburg DG, Batzar E, Fogel I, et al. A pooled analysis of suicidality in double-blind, placebo-controlled studies of sertraline in adults. J Clin Psychiatry 2009;70:674-83.
109 Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. BMJ 2005;330:385.
110 Fergusson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2005;330:396.
111 FDA. Antidepressant use in children, adolescents, and adults. http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/informationbydrugclass/ucm096273.htm.
112 Australian Government, Department of Health. The mental health of Australians. 2009 May. https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/mental-pubs-m-mhaust2-toc~mental-pubs-m-mhaust2-hig~mental-pubs-m-mhaust2-hig-sui.
113 Crowner ML, Douyon R, Convit A, Gaztanaga P, Volavka J, Bakall R. Akathisia and violence. Psychopharmacol Bull 1990;26:115-7.
114 Sharma T, Guski LS, Freund N, Meng DM, Gøtzsche PC. Drop-out rates in placebo-controlled trials of antidepressant drugs: A systematic review and meta-analysis based on clinical study reports. Int J Risk Saf Med 2019;30:217-32.

115 Sharma T. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotoninnorepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) on suicidality, violence, and quality of life. PhD thesis, defended 23 April 2018 at the University of Copenhagen. http://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/public/uploads/tarang_sharma_phd.pdf and Paludan-Müller AS, Sharma T, Rasmussen K, Gøtzsche PC. Extensive selective reporting of quality of life in clinical study reports and publications of placebo-controlled trials of antidepressants (submitted).
116 Montejo A, Llorca G, Izquierdo J, et al. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. J Clin Psychiatry 2001;62 (suppl 3):10–21.
117 Healy D, Le Noury J, Mangin D. Enduring sexual dysfunction after treatment with antidepressants, 5α-reductase inhibitors and isotretinoin: 300 cases. Int J Risk Saf Med 2018;29:125-34.
118 Healy D, Le Noury J, Mangin D. Post-SSRI sexual dysfunction: Patient experiences of engagement with healthcare professionals. Int J Risk Saf Med 2019;30:167-78.
119 Healy D. Antidepressants and sexual dysfunction: a history. J R Soc Med 2020;113:133-5.
120 FDA package insert for Prozac. Accessed 14 March 2020. https://pi.lilly.com/us/prozac.pdf.
121 Medawar C, Hardon A. Medicines out of Control? Antidepressants and the conspiracy of goodwill. Netherlands: Aksant Academic Publishers; 2004.
122 FDA package insert for Effexor. Accessed 4 Jan 2020. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/020151s051lbl.pdf.
123 FDA package insert for Lithobid. Accessed 12 March 2020. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/018027s059lbl.pdf.
124 Cipriani A, Hawton K, Stockton S, et al. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ 2013;346:f3646.
125 Börjesson J, Gøtzsche PC. Effect of lithium on suicide and mortality in mood disorders: A systematic review. Int J Risk Saf Med 2019;30:155-66.
126 FDA package insert for Neurontin. Accessed 4 Jan 2020. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/020235s064_020882s047_021129s046lbl.pdf.
127 Ghaemi SN. The failure to know what isn't known: negative publication bias with lamotrigine and a glimpse inside peer review. Evid Based Ment Health 2009;12:65-8.
128 Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, et al. Epidemiology of medical error. BMJ 2000;320:774–7.

129 Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA 2000;284:483–5.
130 Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA 1998;279:1200–5.
131 Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. Arch Intern Med 2001;161:2317–23.
132 Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ 2004;329:15-9.
133 van der Hooft CS, Sturkenboom MC, van Grootheest K, et al. Adverse drug reaction-related hospitalisations: a nationwide study in The Netherlands. Drug Saf 2006;29:161-8.
134 Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. N Engl J Med 2010;363:2124-34.
135 James JTA. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf 2013;9:122-8.
136 Archibald K, Coleman R, Foster C. Open letter to UK Prime Minister David Cameron and Health Secretary Andrew Lansley on safety of medicines. Lancet 2011;377:1915.
137 Makary MA, Daniel M. Medical error - the third leading cause of death in the US. BMJ 2016;353:i2139.
138 Centers for Disease Control and Prevention. Leading causes of death. www.cdc.gov/nchs/fastats/lcod.htm.
139 WHO. Management of substance abuse. Amphetamine-like substances. Undated. Downloaded 14 March 2020. https://www.who.int/substance_abuse/facts/ATS/en/.
140 National Institute on Drug Abuse. What is the scope of methamphetamine misuse in the United States? 2019; Oct. https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/methamphetamine/what-scope-methamphetamine-misuse-in-united-states.
141 Moore TJ, Glenmullen J, Furberg CD. Prescription drugs associated with reports of violence towards others. PLoS One 2010;5:e15337.
142 Molina BS, Flory K, Hinshaw SP, et al. Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:1028-40.
143 The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1999;56:1073-86.
144 Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:989-1002.

145 Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:484-500.
146 Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. J Child Psychol Psychiatry 2017;58:663-78.
147 Borcherding BG, Keysor CS, Rapoport JL, et al. Motor/vocal tics and compulsive behaviors on stimulant drugs: is there a common vulnerability? Psychiatry Res 1990;33:83-94.
148 Breggin PR. The rights af children and parents in regard to children receiving psychiatric diagnoses and drugs. Children & Society 2014;28:231-41.
149 Danborg PB, Simonsen AL, Gøtzsche PC. Impaired reproduction after exposure to ADHD drugs: Systematic review of animal studies. Int J Risk Saf Med 2017;29:107-24.
150 Cherland E, Fitzpatrick R. Psychotic side effects of psychostimulants: a 5-year review. Can J Psychiatry 1999;44:811-3.
151 Boesen K, Saiz LC, Erviti J, Storebø OJ, Gluud C, Gøtzsche PC, et al. The Cochrane Collaboration withdraws a review on methylphenidate for adults with attention deficit hyperactivity disorder. Evid Based Med 2017;22:143-7.
152 Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Cochrane Database Syst Rev 2015;11:CD009885.
153 Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017;11:CD012857 (protocol; review in progress).
154 Wallach-Kildemoes H, Skovgaard AM, Thielen K, Pottegård A, Mortensen LH. Social adversity and regional differences in prescribing of ADHD medication for school-age children. J Dev Behav Pediatr 2015;36:330-41.
155 RL, Garland EJ, Wright JM, et al. Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. CMAJ 2012;184:755-62.
156 Santaguida P, MacQueen G, Keshavarz H, Levine M, Beyene J, Raina P. Treatment for depression after unsatisfactory response to SSRIs. Comparative effectiveness review No. 62. (Prepared by McMaster University Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290 2007 10060 I.) AHRQ Publication No.12-EHC050-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012: April. www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm.
157 Rink L, Braun C, Bschor T, Henssler J, Franklin J, Baethge C. Dose increase versus unchanged continuation of antidepressants after initial antidepressant treatment failure in patients with major depressive disorder: a systematic review

and meta-analysis of randomized, double-blind trials. J Clin Psychiatry 2018;79(3).
158 Samara MT, Klupp E, Helfer B, Rothe PH, Schneider-Thoma J, Leucht S. Increasing antipsychotic dose for non response in schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2018;5:CD011883.
159 Miller M, Swanson SA, Azrael D, Pate V, Stürmer T. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. JAMA Intern Med 2014;174:899-909.
160 Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2011;68:128-37.
161 Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. Schizophr Bull 2013;39:1363-72.
162 Videbech P. Debatten om antidepressiv medicin - Virker det, og bliver man afhængig? BestPractice Psykiatri/Neurologi 2014; May:nr. 25.
163 Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. Arch Gen Psychiatry 2006;63:530-8.
164 Moraros J, Nwankwo C, Patten SB, Mousseau DD. The association of antidepressant drug usage with cognitive impairment or dementia, including Alzheimer disease: A systematic review and meta-analysis. Depress Anxiety 2017;34:217-26.
165 Coupland CAC, Hill T, Dening T, Morriss R, Moore M, Hippisley-Cox J. Anticholinergic drug exposure and the risk of dementia: a nested case-control study. JAMA Intern Med 2019; Jun 24.
166 Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. Arch Gen Psychiatry 2010;67:26-36.
167 Videos from International meeting: Psychiatric drugs do more harm than good. Copenhagen 2015; Sept 16. https://www.deadlymedicines.dk/wp-content/uploads/2014/10/International-meeting1.pdf
168 Gøtzsche PC. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. Int J Risk Saf Med 2020;31:37-42.
169 Gøtzsche PC. Usage of depression pills almost halved among children in Denmark. Mad in America 2018; May 4. https://www.madinamerica.com/2018/05/usage-depression-pills-almost-halved-among-children-denmark/.
170 Belmaker RH, Wald D. Haloperidol in normals. Br J Psychiatry 1977;131:222-3.
171 Kroken RA, Kjelby E, Wentzel-Larsen T, Mellesdal LS, Jørgensen HA, Johnsen E. Time to discontinuation of antipsychotic drugs in a schizophrenia cohort: influence of current treatment strategies. Ther Adv Psychopharmacol 2014;4:228-39.

172 Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. Dependence and withdrawal reactions to benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors. How did the health authorities react? Int J Risk Saf Med 2013;25:155-68.
173 Committee on the Review of Medicines. Systematic review of the benzodiazepines. Guidelines for data sheets on diazepam, chlordiazepoxide, medazepam, clorazepate, lorazepam, oxazepam, temazepam, triazolam, nitrazepam, and flurazepam. Br Med J 1980;280:910-2.
174 Gøtzsche PC. Long-term use of benzodiazepines, stimulants and lithium is not evidence-based (submitted).
175 Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. Br J Psychiatry 2012;200:393-8.
176 Nielsen M, Gøtzsche P. An analysis of psychotropic drug sales. Increasing sales of selective serotonin reuptake inhibitors are closely related to number of products. Int J Risk Saf Med 2011;23:125-32.
177 Nielsen M, Hansen EH, Gøtzsche PC. What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. Addict 2012;107:900-8.
178 Oswald I, Lewis SA, Dunleavy DL, Brezinova V, Briggs M. Drugs of dependence though not of abuse: fenfluramine and imipramine. Br Med J 1971;3:70-3.
179 Priest RG, Vize C, Roberts A, et al. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. BMJ 1996;313:858-9.
180 Read J, Timimi S, Bracken P, Brown M, Gøtzsche P, Gordon P, et al. Why did official accounts of antidepressant withdrawal symptoms differ so much from research findings and patients' experiences? Ethical Hum Psychol Psychiatry (submitted).
181 Public Health England. Dependence and withdrawal associated with some prescribed medications: an evidence Review. 2019; Sept. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/829777/PHE_PMR_report.pdf.
182 Nutt DJ, Goodwin GM, Bhugra D, Fazel S, Lawrie S. Attacks on antidepressants: signs of deep-seated stigma? Lancet Psychiatry 2014;1:102-4.
183 Raven M. Depression and antidepressants in Australia and beyond: a critical public health analysis (PhD thesis). University of Wollongong, Australia; 2012. http://ro.uow.edu.au/theses/3686/.
184 Chan A-W, Hróbjartsson A, Haahr MT, Gøtzsche PC, Altman DG. Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials: comparison of protocols to published articles. JAMA 2004;291:2457-65.
185 Carney S, Geddes J. Electroconvulsive therapy. BMJ 2003;326:1343-4.

186 Read J, Bentall R. The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. Epidemiol Psichiatr Soc 2010 Oct-Dec;19:333-47.
187 Rose D, Fleischmann P, Wykes T, et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. BMJ 2003;326:1363.

Kapitel 3. Psykoterapi

1 Gøtzsche PC. Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse. København: People's Press; 2015.
2 Gøtzsche PC. Chemical or psychological psychotherapy? Mad in America 2017; Jan 29. https://www.madinamerica.com/2017/01/chemical-psychological-psychotherapy/.
3 Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Consult Clin Psychol 1996;64:532–9.
4 Demyttenaere K, Donneau A-F, Albert A, et al. What is important in being cured from: Does discordance between physicians and patients matter? (2). J Affect Disord 2015;174:372–7.
5 Sørensen A, Gøtzsche. Antidepressant drugs are a type of maladaptive emotion regulation (submitted).
6 Spielmans GI, Berman MI, Usitalo AN. Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: a meta-analysis. J Nerv Ment Dis 2011;199:142–9.
7 Cuijpers P, Hollon SD, van Straten A, et al. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. BMJ Open 2013;26;3(4).
8 Breggin PR. Intoxication anosognosia: the spellbinding effect of psychiatric drugs. Ethical Hum Psychol Psychiatry 2006;8:201–15.
9 Breggin PR. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock, and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2008.
10 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. J R Soc Med 2017;110:404-10.
11 Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016;5:CD012189.
12 Morrison AP, Turkington D, Pyle M, et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. Lancet 2014;383:1395-403.
13 Seikkula J, AaltonenJ, Alakare B, et al. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research 2006;16:214-28.

14 Svedberg B, Mesterton A, Cullberg J. First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001;36:332-7.
15 Harnisch H, Montgomery E. "What kept me going": A qualitative study of avoidant responses to war-related adversity and perpetration of violence by former forcibly recruited children and youth in the Acholi region of northern Uganda. Soc Sci Med 2017;188:100-8.
16 Nilsonne Å. Processen: möten, mediciner, beslut. Stockholm: Natur & Kultur; 2017.

Kapitel 4. Udtrapning af psykofarmaka

1 Gøtzsche PC. Dødelig medicin og organiseret kriminalitet: Hvordan medicinal-industrien har korrumperet sundhedsvæsenet. København: People's Press; 2013.
2 BBC. "My anti-depressant withdrawal was worse than depression." 2020 Mar 12. https://www.bbc.co.uk/programmes/p086fjk7.
3 Gøtzsche PC. Sundhedsstyrelsens råd om depressionspiller er farlige. Politikens Kronik 2010 Feb 6.
4 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. Lancet Psychiatry 2019;6:538-46.
5 Gøtzsche PC. Prescription pills are Britain's third biggest killer: Side-effects of drugs taken for insomnia and anxiety kill thousands. Why do doctors hand them out like Smarties? Daily Mail 2015; Sept 15. http://www.dailymail.co.uk/health/article-3234334/Prescription-pills-Britain-s-biggest-killer-effects-drugs-taken-insomnia-anxiety-kill-thousands-doctors-hand-like-Smarties.html.
6 Gøtzsche PC. Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse. København: People's Press; 2015.
7 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copen-hagen: People's Press; 2019.
8 Public Health England. Dependence and withdrawal associated with some prescribed medications: an evidence Review. 2019; Sept. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/829777/PHE_PMR_report.pdf.
9 Guy A, Davies J, Rizq R (eds.) Guidance for psychological therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs. London: APPG for Prescribed Drug Dependence; 2019 Dec.
10 Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2011;68:128-37.
11 Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. Schizophr Bull 2013;39:1363-72.

12 Timimi S. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Psychosis 2019; Oct 30. https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1685584.
13 Gøtzsche PC, Sørensen A. The review on antidepressant withdrawal that Cochrane won't publish. Mad in America 2020; Feb 11. https://www.madinamerica.com/2020/02/review-cochrane-wont-publish/.
14 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2018;391:1357-66.
15 Higgins JPT, Green S (eds.). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. www.cochrane-handbook.org.
16 Gøtzsche PC. Rewarding the companies that cheated the most in antidepressant trials. Mad in America 2018; March 7. https://www.madinamerica.com/2018/03/rewarding-companies-cheated-most-antidepressant-trials/.
17 Munkholm K, Paludan-Müller AS, Boesen K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. BMJ Open 2019;9:e024886.
18 Gøtzsche PC. Why we need a broad perspective on meta-analysis: It may be crucially important for patients. BMJ 2000;321:585-6.
19 Gøtzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? BMJ 2015;350:h2435.
20 Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addict Behav 2019;97:111-21.
21 Groot P, van Os J. How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication. Ther Adv Psychopharmacol 2020 (paper under review). https://iipdw.org/user-knowledge-psychotropic-drug-withdrawal/.
22 www.survivingantidepressants.org. Surviving Antidepressants is a site for peer support, documentation, and education about withdrawal symptoms caused by depression pills, with more than 6,000 reports of patient experiences.
23 Inner Compass Initiative: The Withdrawal Project. https://withdrawal.theinnercompass.org. Resources for withdrawal from psychiatric drugs.
24 Hall W. Harm reduction guide to coming off psychiatric drugs. The Icarus Project and Freedom Center; 2012. www.theicarusproject.net/resources/publications/harm-reduction-guide-to-comingoff-psychiatric-drugs-and-withdrawal/.
25 Benzo buddies. Mutual-support environment for those who wish to withdraw from benzodiazepines. www.benzobuddies.org.
26 Recovery Road. Antidepressant & Benzodiazepine Withdrawal Support. www.recovery-road.org.

27 Ashton CH. Benzodiazepines: how they work and how to withdraw. Newcastle: University of Newcastle; 2011. www.benzo.org.uk/manual/.
28 Toft B, Gøtzsche PC. Psykofarmakaepidemien kan bekæmpes. Information 2017; Apr 3. https://www.information.dk/debat/2017/04/psykofarmakaepidemien-kan-bekaempes.
29 Gøtzsche PC. Overlevelse i en overmedicineret verden: Find selv evidensen. People's Press; 2018.
30 McLaren N. Anxiety, the inside story. How biological psychiatry got it wrong. Ann Arbor: Future Psychiatry Press; 2018.
31 Christensen DC. Kære Luise: en beretning om magt og afmagt i psykiatrien. København: Løfbergs Forlag; 2011.
32 Ostrow L, Jessell L, Hurd M, Darrow SM, Cohen D. Discontinuing psychiatric medications: a survey of long-term users. Psychiatr Serv 2017;68:1232-8.
33 Groot P, van Os J. Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. Psychosis 2018;10:142-5.
34 Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. Lancet Psychiatry 2019;6:538-46.
35 Sørensen A, Rüdinger B, Gøtzsche PC, Toft BS. A practical guide to slow psychiatric drug withdrawal. Copenhagen 2020; Jan 4. https://www.deadly-medicines.dk/wp-content/uploads/A-practical-guide-to-drug-withdrawal.pdf.
36 Breggin P. Psychiatric drug withdrawal: A guide for prescribers, therapists, patients and their families. New York: Springer; 2012.
37 Simons P. Peer-support groups were right, guidelines were wrong: Dr. Mark Horowitz on tapering off antidepressants. Mad in America 2019; Mar 20. https://www.madinamerica.com/2019/03/peer-support-groups-right-official-guidelines-wrong-dr-mark-horowitz-tapering-off-antidepressants/.
38 Zinkler M, von Peter S. End coercion in mental health services—toward a system based on support only. Laws 2019;8:19.
39 Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, Jurjanz L, Schnall K, Onchev G, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. European Psychiatry 2011;26:201-7.
40 Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far, a review of the literature. Int J Soc Psychiat 2010;56:412–23.
41 Gøtzsche PC, Vinther S, Sørensen A. Forced medication in psychiatry: Patients' rights and the law not respected by Appeals Board in Denmark. Clin Neuropsychiatry 2019;16:229-33.
42 Gøtzsche PC, Sørensen A. Systematic violations of patients' rights and lack of safety: cohort of 30 patients forced to receive antipsychotics. Ind J Med Ethics 2020 (in press).

43 Dold M, Li C, Tardy M, et al. Benzodiazepines for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2012;11:CD006391.
44 Frandsen P. Et anker af flamingo: Det, vi glemmer, gemmer vi i hjertet. Odense: Mellemgaard; 2019.
45 Breggin P. Brain-disabling treatments in psychiatry: drugs, electroshock and the psychopharmaceutical complex. New York: Springer; 2007.
46 What does akathisia and tardive dyskinesia look like? Videos of children and adults who have been permanently brain damaged by neuroleptics. Undated. https://www.deadlymedicines.dk/lectures/.
47 Moncrieff J. Antipsychotic maintenance treatment: time to rethink? PLoS Med 2015;12: e1001861.
48 Karon BP. All I know about Peter Breggin. In: The International Center for the Study of Psychiatry and Psychology. The Conscience of Psychiatry. The reform work of Peter R. Breggin, MD. New York: Lake Edge Press; 2009.
49 Gøtzsche PC. Forced drugging with antipsychotics is against the law: decision in Norway. Mad in America 2019; May 4. https://www.madinamerica.com/2019/05/forced-drugging-antipsychotics-against-law/.
50 Gottstein J. The Zyprexa papers. Anchorage: Jim Gottstein; 2020.

Kapitel 5. Overlevelseskit for unge psykiatere i et sygt system

1 Drachmann H. Klinikchef må ikke længere arbejde som psykiater. Politiken 2013; Feb 1.
2 Hildebrandt S. Lars Søndergård mistænkes atter for at overmedicinere. Dagens Medicin 2015; Oct 23.
3 Hildebrandt S. ”Det er monstrøse doser af medicin.” Dagens Medicin 2015; Oct 23.
4 Schmidt M. Svar fra ledelsen i Psykiatrien Vest. Dagens Medicin 2015; Oct 23.
5 Hildebrandt S. Derfor er Lars Søndergårds supervisor sat under skærpet tilsyn. Dagens Medicin 2016; Mar 3.
6 https://illnessquiz.com/schizotypal-personality-disorder-test/.
7 Mayo Clinic. Schizotypal personality disorder. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizotypal-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20353919.
8 Börjesson J, Gøtzsche PC. Effect of lithium on suicide and mortality in mood disorders: A systematic review. Int J Risk Saf Med 2019;30:155-66.
9 Svensson P. Så stoppade GU-professor allmänhetens insyn i läkemedelsforskning. Göteborgs-posten 2018; Jan 20. http://www.gp.se/nyheter/g%C3%B6teborg/s%C3%A5-stoppade-gu-professor-allm%C3%A4nhetens-insyn-i-l%C3%A4kemedelsforskning-1.5069930.
10 Sternbeck P. Brallorna nere på professorn Elias Eriksson. Equal 2018; Jan 16.

11 Riksdagens Ombudsman. Kritik mot Göteborgs universitet for handläggningen av en begäran om utlämnande av allmänna handlingar m.m. 2017; Dec 20:Dnr 7571-2016.
12 Gøtzsche PC, Gøtzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. J R Soc Med 2017;110:404-10.
13 Sveriges radio. Striden om de antidepressiva medlen. 2017; Aug 28. http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/943828?programid=412.
14 Gøtzsche PC. National boards of health are unresponsive to children driven to suicide by depression pills. Mad in America 2020; Mar 15. https://www.madinamerica.com/2020/03/children-driven-suicide-depression-pills/.
15 Frankfurt HG. On bullshit. New Jersey: Princeton University Press; 2005.
16 Läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. Läkemedelsverket 2016; Dec 8.
17 Barczyk ZA, Rucklidge JJ, Eggleston M, Mulder RT. Psychotropic medication prescription rates and trends for New Zealand children and adolescents 2008-2016. J Child Adolesc Psychopharmacol 2020;30:87-96.
18 UNICEF Office of Research. Building the future: children and the sustainable development goals in rich countries. Innocenti ReportCard 14; 2017.
19 Hjelmeland H, Jaworski K, Knizek BL, Ian M. Problematic advice from suicide prevention experts. Ethical Human Psychology and Psychiatry 2018;20:79-85.
20 Whitaker R, Blumke D. Screening + drug treatment = increase in veteran suicides. Mad in America 2019; Nov 10. https://www.madinamerica.com/2019/11/screening-drug-treatment-increase-veteran-suicides/.
21 Gøtzsche PC. Dødelig medicin og organiseret kriminalitet: Hvordan medicinal-industrien har korrumperet sundhedsvæsenet. København: People's Press; 2013.
22 Videos of talks presented at the inaugural symposium for the Institute for Scientific Freedom. 2019; Mar 9. https://www.youtube.com/playlist?list=PLoJ5D4KQ1G0Z_ZQo5AIIiuuspAKCnc49T.
23 Medawar C, Hardon A. Medicines out of Control? Antidepressants and the conspiracy ofgoodwill. Netherlands: Aksant Academic Publishers; 2004.
24 Stordrange IL. The happy pill. She survived 10 years of ”torture” in psychiatry. 2017. https://www.youtube.com/watch?v=T4kVpNmYzBU&t=1s. Version with Norwegian subtitles: https://ingerlenestordrang.wixsite.com/lykkepillen.
25 Gøtzsche PC. Overlevelse i en overmedicineret verden: Find selv evidensen. People’s Press; 2018.
26 Hoel A. Cause of death: unknown. 2017; Mar 24. https://www.imdb.com/title/tt6151226/.
27 Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. BMC Psychiatry 2017;17:58.

28 Gøtzsche PC. Antidepressiva skader mere end de gavner. Dagens Medicin 2017; Mar 15.
29 Gøtzsche P. The meeting was sponsored by merchants of death. Mad in America 2014; July 7. http://www.madinamerica.com/2014/07/meeting-sponsored-merchants-death/.
30 Pedersen AT. Diagnosing Psychiatry. https://vimeo.com/ondemand/diagnosingpsychiatryen.
31 Pedersen AT. Debat: Vi har ret til at undre os. Journalisten 2017; May 8.
32 Christensen AS. DR2 undersøger Danmark på piller. 2013; Mar 20. https://www.dr.dk/presse/dr2-undersoeger-danmark-paa-piller.
33 Ditzel EE. Psykiatri-professor om DR-historier: ”Skræmmekampagne der kan koste liv.” Journalisten 2013; Apr 11. https://journalisten.dk/psykiatri-professor-om-dr-historier-skraemmekampagne-der-kan-koste-liv/.
34 Gøtzsche PC. Death of a whistleblower and Cochrane's moral collapse. Copenhagen: People’s Press; 2019.
35 Heilbuth PE. Pillens mørke skygge. DR1 2013; Apr 14.
36 Heilbuth PE. Dårlig presseetik, Politiken. Politiken 2013; Apr 19.
37 Thisted K. Jeg tager lykkepiller, ellers var jeg død! Ekstra Bladet 2015; Oct 24.
38 Gøtzsche PC. Dødelig psykiatri og organiseret fornægtelse. København: People’s Press; 2015.
39 Spencer M. The Carter Center’s guide for mental health journalism: don’t question, follow the script. Mad in America 2020; Feb 23. https://www.madinamerica.com/ 2020/02/carter-center-guide-mental-health-journalism/.
40 Whitaker R. Anatomy of an epidemic, 2nd edition. New York: Broadway Paperbacks; 2015.
41 Gøtzsche PC. Gøtzsche PC. Psykiatri på afveje. Politiken 2014; Jan 6.
42 Gøtzsche PC. Unwarranted criticism of “Psychiatry cone astray.” Mad in America 2014; Feb 20. https://www.madinamerica.com/2014/02/unwarranted-criticism-psychiatry-gone-astray/.
43 Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. ”Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effecttiveness of treatment. Med J Aus 1997;166:182-6.
44 Gøtzsche PC, Vinther S, Sørensen A. Forced medication in psychiatry: Patients’ rights and the law not respected by Appeals Board in Denmark. Clin Neuropsychiatry 2019;16:229-33.
45 Gøtzsche PC, Sørensen A. Systematic violations of patients’ rights and lack of safety: cohort of 30 patients forced to receive antipsychotics. Ind J Med Ethics 2020 (in press).

Indeks

abstinens, 127
abstinensdepression, 43
abstinensskema, 145
abstinenssymptomer, se udtrapningssymptomer
adaptiv følelsesregulering, 100
ADD, 22
ADHD, 21, 22, 25, 26, 72
afblinding, 41
afhængighed, 6, 86, 104, 115, 123, 126, 160, 174,
Aftenshowet, 173
Aftonbladet, 164
Ahle, Gitte, 178
akatisi, 64, 65, 82, 106, 150, 151
Akershus University Hospital, 149
alkohol, 72
alkoholisk delir, 155
amerikansk diagnosemanual, 22 157, 175
Amerikanske Psykiaterforening, 18, 21, 43, 87, 152, 157, 175
amfetamin, 36, 72
Andersen, John Sahl, 132
anekdote, 94, 99
angst, 20
antal, der skal behandles (NNT eller NNH), 97, 98
antidepressiva, se depressionspiller
antiepileptika, 71
antipsykiatri, 20, 90, 93, 94
antipsykotika, se neuroleptika
antiskizofrenimidler, 42
apologeter, 161
asenapin, 72
AstraZeneca, 40, 41, 167, 168
ataksi, 70, 71
atropin, 42
attention deficit disorder, 22
attention deficit hyperactivity disorder, se ADHD
Atterstam, Inger, 164
Baldwin, David, 87, 94
Bang, Janus, 169
barbiturater, 86
Baum & Hedlund, 82
Bedre Psykiatri, 11
Bekæmp depression, 6
Belgisk buschauffør, 63
benzodiazepiner, 19, 86, 128
Berufsverbot, 177
bevis for mental sygdom, 150
Biederman, Joseph, 26
Big Pharma, 18
biologisk psykiatri, 18, 19, 20, 21, 100, 154
biopsykosocial model, 18
bipolar lidelse, børn, 26
bipolar lidelse, 11,14, 24, 25, 69, 71, 79
blinding, 41
borderline personlighedsforstyrrelse, 75, 79
Bredkjær, Søren, 156
Breggin, Peter, 8, 139
British Association of Psychopharmacology, 91
Britiske Lægeforening, 109
Brun, Nikolai, 167
bullshit, 162
Burn, Wendy, 87, 94
Börjesson, Joakim, 158
cannabis, 72
Carter-centerets guide for journalister, 175
catch-22, 134, 150
Cause of death: unknown, film, 167
censur, 113, 163-165, 167, 169, 177
charlatan, 160, 161

chikane, 54, 56, 93
Christensen, Dorrit Cato, 133
Churchill, Rachel, 120
Cipriani, Andrea, 122
cirkelbevis, 158
clozapin, 154
Cochrane-depressionsgruppen, 120
Cochrane-håndbogen, 122
Cochrane-oversigt, 39, 74
Cochrane-samarbejdet, 54, 107, 117, 125
Cohen, David, 34
Copenhagen Documentary Film Festival, 167
Council for Evidence-based Psychiatry, 92, 107
Crawshaw, John, 163
Dagens Nyheter, 164
Dansk Psykiatrisk Selskab, 28, 115, 150, 177, 178
dapoxetin, 67
Davies, James, 87, 92
Delano, Laura, 117
deling af tabletter og kapsler, 146
Demasi, Maryanne, 27
demens, 45, 78, 154, 181
demens, forebyggelse, 154
depression, 42, 43, 165
depression, forebyggelse, 39, 91, 122
depressionspiller, 6, 59, 82
diagnose, 21
diagnose, klæbende, 24
diagnose, misbrug, 95
diagnose, post-mortem, 93
Diagnosing Psychiatry, film, 23, 115
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 22, 157, 175
dialektisk adfærdspsykoterapi, 101
dokumentarfilmfestivalen i København, 167
Dolin, Wendy, 82
dopamin, 26, 29
Død i psykiatrien, 133
dødsfald, 45
Dødsårsag: Ukendt, film, 167
Eccleston, Chris, 124
ecstasy, 36
effektmål, irrelevante, 43
elektrochok, 6, 30, 98
Eli Lilly, 40, 44, 51, 60, 64, 66, 68, 152, 172
embedsforsømmelse, se lægefejl
Emory University, 95, 135
Emslie, Graham, 60
Epdrup, Bjørn, 110
Eriksson, Elias, 159
etisk forpligtelse, 50, 28
eufemisme, 176
Europæiske Lægemiddelagentur, 68
eutanasi, 184
evidensbaseret sundhedsvæsen, 47
falsk løsning, 62
falske nyheder, 175
Fava, Giovanni, 164
FDA, 62
finske social- og sundhedsministerium, 162
Forenede Nationers konvention om rettigheder for personer med handicap, 152
Forest Laboratories, 96
Fortescue, Rebecca, 123
fortrængning, 102
Frankfurt, Harry, 162
Frydenlund, Jens, 139
frygt, 8
følelser, mangel på, 136
følelsesreguleringspsykoterapi, 101
førtidspension, 36, 102
genetisk sygdom, 181
Geoffroy, Marianne, 29
Gerada, Clare, 90

German Wing pilot, 63
GlaxoSmithKline, 66, 82, 172, 173
Glenthøj, Birte, 29
Goodwin, Guy, 91, 93
Gordon, Peter, 95
Gottstein, 152
Groot, Peter, 137
guide om udtrapning, 138
Gulag, 153
Hamilton-skala, 35, 42, 43
Hamrick, Blair, 173
Healy, David, 8, 67, 132, 173
Hegelstad, Wenche ten Velden, 48
Heilbuth, Poul Erik, 172
Hetrick, Sarah, 122
Higgins, Julian, 122
Himwich, Harold, 18
Hindenburg, Paul von, 185
Hitler, Adolf, 185
hjernescanning, 110
hjerneskade, 29, 31, 38, 48, 71, 78, 98, 131, 141, 151, 181, 186, 187
hjernevask, 8
Hoel, Anniken, 167
hollandske nationale sundhedsinstitut, 137
Holmgren, Allan, 110
Horath, Ryan, 57
Horowitz, Mark, 106, 142
hukommelsesbesvær, 16
Huxley, Aldous, 32
Hyman, Steven, 32
Høiby, Niels, 116
iatrogen, 24
ideologi, 160
Institute for Scientific Freedom, 164
International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal, 109
internationale klassificering af sygdomme, 22
islandske sundhedsdirektorat, 162
Jacobsen, Torsten Bjørn, 177
James, Adrian, 88
Janssen, 40, 51
Jarbin, Håkan, 162
Jauhar, Sameer, 91
Jefferson, Tom 39
Jørgensen, Henrik Harring, 111
juvenil bipolar lidelse, 26
Kejserens nye klæder, 121
kemisk lobotomi, 184
kemisk spændetrøje, 71
kemisk ubalance, 7, 15, 26-32, 35, 108, 122, 131, 157, 159, 166, 170, 172, 181, 186
Kendall, Robert, 6
Kendall, Tim, 172
Kessing, Lars, 28, 30, 154, 173
Kierkegaard, Søren, 101
kliniske studierapporter, 60, 63, 65
klisterdiagnose, 24
kognitiv adfærdsterapi, 101
kognitiv dissonans, 60, 160, 170
kokain, 36
kold tyrker, 37, 39, 40, 44, 173, 183
kommercielle interesser, 31, 125
koncentrationslejr, 153, 185
konfidensinterval, 27
konspiration, 94, 158, 160, 161
Kortegaard, Lisbeth, 111
Kristensen, Knud, 111, 114, 174
krystal meth, 73
kulturelle normer, 157, 178
kørekort, 13
La Vanguardia, 164
lavsinteresser, se psykiaterlavet
lamotrigin, 72
Lappland, 101
Leber, Poul, 152
Leponex, 154
Licht, Rasmus, 25
lithium, 69

livskvalitet, 66, 75, 125, 136, 176
Lundbeck, 41, 51, 96, 159, 167, 170, 174
lykkepiller, 35, 163, 167, 170
lægefejl, 14, 80, 81, 109, 155, 83
Lægemiddelstyrelsen, 167
Maj, Mario, 49
maladaptiv følelsesregulering, 100
malaria, 180
mani, 12, 71, 74, 151, 183
Manzoor, Amina, 164
McFerrin, Bobby, 22
McLaren, Niall, 20
medicincentreret model, 34
medicinsk tryllebinding, 10, 101
medicinske tidsskrifter, 163
medier, 163
Melle, Ingrid, 50-54
menneskerettigheder, 149
Merck, 45
methamfetamin, 72
methylphenidat, 73
metaanalyse, 39
Middelboe, Thomas, 28
Mind, Storbritannien, 104
Moncrieff, Joanna, 8, 34, 92
Montagu, Luke, 107
mord, 63
Munkholm, Klaus, 154
Müller-Oerlinghausen, Bruno, 172
National Alliance on Mental Illness, 176
National Institute for Health and Care Excellence, se NICE
National Institute of Mental Health, 32, 41, 51, 60
nationale sundhedsstyrelser, 161
naturlig død, 54, 133, 167
nazisme, 153, 185
Nemeroff, Charles, 95
neuroleptika, 6, 38, 39, 41, 45, 55, 57, 82, 84
neurologisk udviklingsforstyrrelse, 22
New England Journal of Medicine, 46
NICE, 87, 92
Nielsen, Margrethe, 132
Nissen, Julius, 29
Nordentoft, Merete, 50
Nordiske Cochrane Center, 54, 55, 118
norske forskningsråd, 51
Nutt, David, 91, 93, 108
obsessiv-kompulsiv lidelse, 73
ophørsforsøg, 39, 44
ophørssymptomer, se udtrapningssymptomer
OPUS-studiet, 50
Os, van Jim, 137
overgreb mod børn, 162
overlevelseskit for unge psykiatere, 153
overlever, se psykiatrisk overlever
paroxetin, 82
patienthistorier, 179
Patienthåndbogen, 30
Pedersen, Anahi Testa, 23, 168
Pedersen, Anders Gersel, 174
personlighedsforandringer, 7, 172
Pfizer, 60, 172
Politiken, 173
Positive and Negative Syndrome Scale, 42
post-mortem diagnose, 93
Priligy, 67
Psykiaterforeningen, se Royal College of Psychiatrists
psykiaterlavet, 17, 38, 48, 50, 92, 93, 107, 108, 115, 117, 120, 125, 153, 163
psykiatriens starterkit, 24, 81
Psykiatriske Ankenævn, 149
psykiatrisk overlever, 8, 125, 129

psykoedukation, 7, 75
psykologer, 130
psykologisk obduktion, 93
psykose, 38, 48, 78, 101, 157
psykose, forebyggelse, 39
psykoterapi, 9, 19, 100
psykotisk depression, 24
Public Health England, 92, 109
p-værdi, 27
QT-forlængelse, 49
randomiseret forsøg, 133
Rasi, Guido, 68
Rasmussen, Poul Nyrup, 134
Read, John, 87
recovery mentor, 129
Rees, Paul, 89
Region Hovedstadens Psykiatri, 15, 24, 28, 116, 154
religiøs fanatisme, 154
Riisgaard, Ole, 112
Ritalin, 73
rofecoxib, 45
Royal College of General Practitioners, 6, 90
Royal College of Psychiatrists, 6, 87, 95, 109,
Runciman, Olga, 28, 111
Rüdinger, Bertel, 111, 117
sammensværgelse, 94, 158, 160, 161
Schmidt, Michael, 155
Scientology, 29
seksuel dysfunktion, 67, 69
selvmord, 45, 49, 60, 96, 117, 160, 172, 173, 183, 184
selvmord, børn, 161
selvtillid, 131
sertralin, 183
sexliv, 67
sexmisbrug, 27, 75
Sharfstein, Steven, 18
SIND, 110
skizoaffektiv lidelse, 165
skizofreni, 19, 23, 26, 29, 39, 46, 110, 154
skizotypi, 23, 157, 178
skizotypisk personlighedsforstyrrelse, 157
skueproces, 57, 119, 150
Sloth, Kristian, 154, 178
SmithKline Beecham, 68
Stofkooper, David, 183
Soares-Weiser, Karla, 123, 124
social fobi, 35
social konstruktion, 72
social kontrol, 75
socialt bedrageri, 159
somapille, 32
Sovjetunionen, 95
Stemmehørernetværket, 54
stemningsstabilisator, 9, 71
stigmatisering, 8, 19, 24, 49, 93, 94, 186
stimulanser, 36, 72
Stjernholm, Anders, 170
Strandberg, Silje Marie, 165
Styrelsen for Patientsikkerhed, 114, 115, 155
støttepersoner, 129
suicidalitet, 63, 162
sundhedsministeriet i New Zealand, 163
Sundhedsstyrelsen, 95, 105
sundhedsstyrelser, 161
surrogat, 60
survivingantidepressants.org, 8
Svenska Dagbladet, 164
svenske lægemiddelagentur, 162
svindel, 17, 38, 46, 59, 60, 72
sygdomscentreret model, 34
sygefravær, 36, 102
systematisk oversigt, 39
Søndergård, Lars, 29, 155

Sørensen, Anders, 30, 116, 120, 133, 168
tardiv dyskinesi, 48, 150-152
Taylor, David, 106
Thirstrup, Steffen, 132
Tiihonen, Jari, 57
tilbageslag, 110, 115
Timimi, Sami, 75, 94, 118
tidlig udløsning, 67
tips om udtrapning, 135
TIPS-studiet, 48
Toft, Birgit, 111, 128
Toft, Stine, 11
Torrey, Edwin Fuller, 54
Tovey, David, 125
transkraniel magnetisk stimulation, 79
traumer, 8, 27, 49, 55, 102, 150
tvangsbehandling, 149
tvangsfrit afsnit, 154
tvangssymptomer, 73
udløsning, for tidlig, 67
udtrapningsproces, 12, 104, 126
udtrapningssymptomer, 86, 143, 150
uetisk, 40, 43
vanvid, 78
vedligeholdelsesforsøg, 39
vejledning om udtrapning, 126
vejspærring, 48, 66, 117, 132, 133, 169
Verdenspsykiatriforeningen, 34
Vestergaard, Jan, 115
Videbech, Poul, 28, 29, 30, 78, 114, 170
Vinberg, Maj, 167, 169
Vioxx, 45
vold, 44, 59, 62-65, 73, 106, 151
vrangforestilling, 77
Wessely, Simon, 90
whistleblower, 95, 173
Whitaker, Robert, 8, 40, 49, 110, 154, 159, 161, 162, 164
Wiinberg, Ulf, 96
Wilson, Mark, 55, 117
World Psychiatry, 48
Young, Allan, 92
zombie, 46, 151, 158, 167, 183, 184
Zyprexa papers, 152
Åben dialog, 101